Harvard University

Library of

The Medical School

and

The School of Public Health

The Gift of

Dr. Harvey Cushing.

(Keep for addresses)

HUITIÈME CONGRÈS

DE LA

Société Internationale de Chirurgie

HUITIÈME CONGRÈS

DE LA

Société Internationale de Chirurgie

Sous le Haut Patronage de M. Ignacy MOSCICKI

Président de la République Polonaise

VARSOVIE, 22-25 juillet 1929

RAPPORTS, PROCÈS-VERBAUX ET DISCUSSIONS

PUBLIÉS PAR LE

Dr L. MAYER, secrétaire général

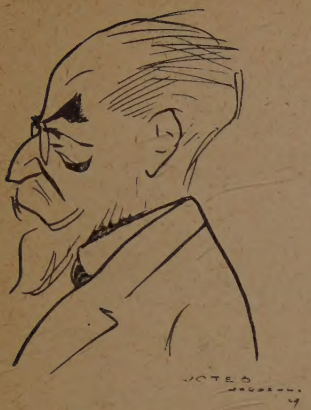
VOLUME II

RENSEIGNEMENTS ET PROCÈS-VERBAUX. DISCUSSIONS

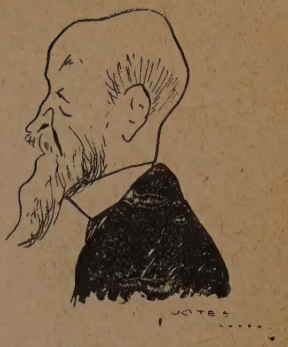
BRUXELLES
IMPRIMERIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE (Soc. An.)
34, RUE BOTANIQUE

1930

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
5 AUG 1932
Gift: Dr. Harvey Cushing
A 22 A 1926 v.7
WO
30
J6/p
v.2
1929
copy 1

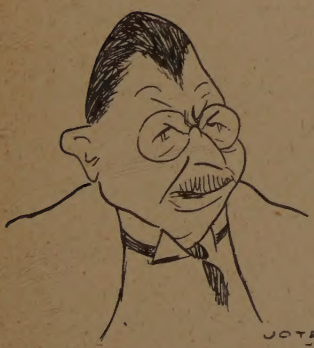


M. HARTMANN (Paris)
Président du Congrès de Varsovie.



M. GIORDANO (Venise)
Président du Congrès de Rome.

M. J. VERHOOGEN (Bruxelles)
Président du Comité International.



M. DE QUERVAIN (Berne)
Vice-Président du Congrès de Madrid.

M. ALESSANDRI (Rome)
Délégué de l'Italie.

Quelques Membres du Comité Internatial vus par le caricaturiste polonais Jotes.

STATUTS

de la Société Internationale de Chirurgie

ARTICLE PREMIER. — L'Association fondée à Bruxelles, en 1902, sous le nom de *Société Internationale de Chirurgie*, a pour but de contribuer au progrès de la science, en cherchant à élucider certaines questions d'ordre chirurgical.

Cette Association a son siège à Bruxelles.

ART. 2. — Le nombre des membres de l'Association est limité. Le Comité international fixe tous les trois ans, avant le Congrès, le nombre de membres pour chaque pays. Sont membres de la Société, les chirurgiens agréés par le Comité international, sur la proposition du Comité de leur pays. La création de nouveaux Comités nationaux se fait par le Comité international.

Les membres paient une cotisation triennale dont le montant est fixé par le Comité international; cette cotisation donne droit aux publications de la Société.

Des membres qui ont rendu à la Société des services éminents peuvent se voir décerner par l'assemblée générale le titre de membre d'honneur; ils n'ont pas à payer de cotisation (1).

ART. 3. — L'Association est administrée par un Comité international permanent, composé d'un délégué par pays, des présidents des Congrès, d'un secrétaire général, d'un secrétaire-adjoint, d'un trésorier et d'un trésorier-adjoint; ces quatre derniers doivent résider à Bruxelles.

Le Comité international choisit parmi ses membres un président.

---

(1) Pour 1932, la cotisation triennale est fixée à 70 belgas (350 francs belges) pour les anciens membres et à 90 belgas (450 francs belges) pour les nouveaux membres, qui payeront donc un droit d'entrée de 20 belgas (100 francs belges). Ces cotisations peuvent être payées par versement au compte chèques postaux n° 2368,93, Société Internationale de Chirurgie, à Bruxelles, par mandat-poste ou par chèque barré sur une banque quelconque de n'importe quel pays.

Le Comité international assure l'exécution de toutes les mesures utiles à la bonne marche de l'Association.

ART. 4. — L'Association se réunit tous les trois ans en un Congrès où sont discutés les rapports chirurgicaux mis à l'ordre du jour par le Congrès précédent.

ART. 5. — Chaque pays nomme à chacun des Congrès, un Comité national formé de trois membres ou plus, dont un délégué au Comité international; ces nominations se font à la simple majorité des suffrages.

Pendant la période du Congrès, les membres se réunissent en une assemblée générale sous la présidence du président du Comité international.

Cette assemblée prend connaissance des rapports du secrétaire général et du trésorier, dont elle apprécie la gestion.

Elle fixe la date et le siège du Congrès suivant; elle procède à l'élection des membres du bureau, désigne le président et le vice-président du Congrès suivant et choisit les questions à mettre à l'ordre du jour de ce Congrès; elle ratifie la nomination des Comités nationaux et des délégués au Comité international.

Le Comité national du pays où se tient le Congrès désigne le secrétaire de ce dernier; celui-ci s'occupe sous sa responsabilité de l'organisation locale du Congrès, d'accord avec le secrétaire général; il participe, avec voix consultative, aux délibérations du Comité international.

ART. 6. — L'assemblée générale examine toute modification des statuts, qui lui est soumise par le Comité international ou par vingt membres au moins et porte également à son ordre du jour toute autre question administrative à la demande écrite d'au moins dix membres. Ces demandes doivent être adressées au bureau du Congrès, au moins un mois avant la date de l'assemblée générale. Pour être valable, toute modification aux statuts doit réunir les deux tiers au moins des voix des membres présents à l'assemblée générale.

ART. 7. — Un Conseil scientifique formé de six membres, c'est-à-dire un pour chacune des langues officielles de la Société, est nommé par l'assemblée lors de chaque Congrès et a pour rôle de choisir éventuellement une question supplémen-

taire à mettre à l'ordre du jour du prochain Congrès, dans le cas où une question d'intérêt spécial viendrait s'ajouter dans l'intervalle du Congrès.

ART. 8. — Toutes les fonctions de la Société sont gratuites.

ART. 9. — Le bureau de chaque Congrès est constitué par le président et le vice-président élus par le Congrès précédent, le président du Comité international, le secrétaire général, le secrétaire-adjoint, le trésorier, le trésorier-adjoint et le secrétaire du Congrès. Il a dans ses attributions toutes les mesures d'organisation.

ART. 10. — Aucune publication ne peut être faite au nom de la Société sans l'examen préalable et l'approbation du bureau du Comité international; le secrétaire général a la direction de toutes les publications de la Société.

ART. 11. — Les langues officielles sont: l'allemand, l'anglais, l'espagnol, le français, l'italien et une langue slave (1).

ART. 12. — Perdent le titre de membre de la Société: les membres qui auront été déclarés indignes par un vote secret du Comité international réunissant les quatre cinquièmes des suffrages; cette détermination ne pourra être prise que par une réunion du Comité international spécialement convoquée à cet effet. En outre, les membres qui, malgré deux rappels, négligent pendant six ans de payer leurs cotisations, sont considérés comme démissionnaires et sont rayés d'office de la liste des membres.

(1) Pour la période 1929-1932, cette langue sera le polonais.

SATZUNGEN

der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie (Société internationale de Chirurgie)

ART. 1. — Die im Jahre 1902 in Brüssel gegründete internationale Gesellschaft für Chirurgie (Société Internationale de Chirurgie), bezweckt die Förderung der chirurgischen Wissenschaft. Der ständige Geschäftssitz der Gesellschaft befindet sich in Brüssel.

ART. 2. — Die Zahl der Mitglieder der Gesellschaft ist begrenzt. Der Vorstand der Gesellschaft (Comité International) bestimmt alle drei Jahre vor dem Zusammentritt des Kongresses für jedes Land die zulässige Zahl der Mitglieder. Mitglieder der Gesellschaft sind diejenigen Chirurgen, welche auf Vorschlag des nationalen Comités ihres Landes von dem internationalen Comité gewählt werden. Die Schaffung neuer Nationalcomités geht vom internationalen Comité aus.

Die Mitglieder bezahlen für jedes Triennium einen Betrag, dessen Höhe vom internationalen Comité festgesetzt wird. Dieser Beitrag gibt Anrecht auf die Veröffentlichungen der Gesellschaft (1).

Mitglieder welche der Gesellschaft hervorragende Dienste geleistet haben können durch die General-Versammlung, zu Ehren-Mitglieder ernannt werden; sie haben als solche keinen Betrag zu bezahlen.

ART. 3. — Die Leitung und Verwaltung der Gesellschaft untersteht dem permanenten internationalen Comité, welches sich aus einem Delegierten jedes Landes, den Präsidenten der Kongresse, dem Generalsekretär, dem Hilfssekretär, dem Schatzmeister und dem Hilfsschatzmeister zusammensetzt. Die vier letzteren müssen ihren Wohnsitz in Brüssel haben.

---

(1) Für die Periode 1929-1932 ist der Beitrag wie folgt festgesetzt: 70 Belgas (350 belgische franken); die neuen Mitglieder haben ausserdem eine Eintrittstaxe von 20 Belgas (100 belgische franken) zu entrichten, zahlbar per Post-Ueberweisung oder Einzahlung auf dem Postchek-Conto n° 236,893, der Société Internationale de Chirurgie, in Buxelles.

Das internationale Comité wählt seinen Präsidenten aus seiner Mitte. Es überwacht die Ausführung aller Maasregeln, gress aufgestellten Diskussionsthemen umfasst.

ART. 4. — Die Gesellschaft hält alle drei Jahre einen Kongress ab, dessen Programm die von dem vorhergehenden Kongress aufgestellten Diskussionsthemen umfasst.

ART. 5. — Jedes Land ernennt gelegentlich eines jeden Kongresses ein nationales Comité von mindestens 3 Mitgliedern, deren eines zum internationalen Comité delegiert wird. Die Wahl geschieht durch einfache Stimmenmehrheit. Die einmal Ernannten sind wieder wählbar.

Bei Gelegenheit eines jeden Kongresses findet eine Generalversammlung unter dem Vorsitze des Präsidenten des internationalen Comités statt. Die Geschäfte dieser Versammlung umfassen: die Genehmigung der Verwaltung des Generalsekretärs und der Gesellschaftsrechnung, die Festsetzung des Zeitpunktes, des Ortes und der Diskussionsgegenstände des nächsten Kongresses, die Ernennung des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden desselben, die Wahl der Mitglieder des Bureau, die Bestätigung des Nationalcomités und der Delegierten derselben zum internationalen Comité.

Das nationale Comité des Landes, in welchem der Kongress stattfindet, ernennt dessen Sekretär. Derselbe befasst sich unter seiner Verantwortung und in Uebereinstimmung mit dem Generalsekretär mit der Organisation des Kongresses. Er wohnt als Berater den Sitzungen des internationalen Comités bei.

ART. 6. — Gesuchte um Abänderung der Statuten, welche vom internationalen Comité oder von mindestens 20 Mitgliedern des Geselsschaft vorgelegt werden müssen, sowie jede andere von mindestens 10 Mitgliedern schriftlich gewünchste Aenderung in der Verwaltung der Gesellschaft müssen der Generalversammlung unterbreitet werden. Solche Anträge müssen dem Generalsekretär mindestens einen Monat vor dem Zusammentritt des Kongresses schriftlich eingereicht werden. Jede Statutenänderung muss durch mindetens 2/3 der anwesenden Mitgliedern genehmigt werden.

ART. 7. — Ein wissenschaftlicher Beirat bestehend aus 6 Mitgliedern, unter Vertretung der sämtlichen offiziellen Sprachen der Gesellschaft, wird bei Anlass jedes Kongresses von der Generalversammlung ernannt. Er hat die Aufgabe, ein ergänzendes Discussionsthema zu bestimmen, falls eine Frage von allgemeinem Interesse in der Zwischenzeit zwischen zwei Kongressen auftreten würde.

ART. 8. — Alle Aemter sind Ehrenämter.

ART. 9. — Das Bureau jedes Kongresses besteht aus dem vom vorhergehenden Kongress erwählten Vorsitzenden, und stellvertredenden Vorsitzenden, dem Vorsitzenden des Internationalen Comités, dem Generalsekretär, dem Hilfssekretär, dem Schatzmeister, dem Hilfsschatzmeister und dem Sekretär des Kongresses. Das Bureau ist für die Organisation des Kongresses verantwortlich.

ART. 10. — Jede unter dem Namen der Gesellschaft gehende Veröffentlichung bedarf der Genehmigung des Bureaus. Die Schriftleitung für sämtliche Publikationen der Gesellschaft ist Aufgabe des Generalsekretärs.

ART. 11. — Als Kongresssprachen sind zugelassen: deutsch, englisch, französisch, italienisch, spanisch und eine slavische Sprache (1).

ART. 12. — Die Mitgliedschaft der Gesellschaft verliert, wer vom internationalen Comité in geschlossenem Wahlverfahren mit 4/5 der Stimmen derselben für unwürdig erklärt wird. Es muss zu diesem Zwecke eine besondere Sitzung des internationalen Comités stattfinden. Ausserdem werden diejenigen Mitglieder, welche innerhalb sechs Jahre trotz sweimaliger Ermahnung ihre Beitraege nicht bezahlt haben, als entlassen angesehen und ohne Weiteres von der Liste der Mitglieder gestrichen.

(1) Für die Periode 1929-1932 ist die polnische Sprache bestimmt.

International Society of Surgery

STATUTES

ART. 1. — The Association, founded in Brussels in 1902 under the name of the *International Society of Surgery* is intended to contribute to the progress of surgery by the elucidation of various surgical questions. The Association has its headquarters in Brussels.

ART. 2. — The number of members is limited. The International Committee fixes the number of the members for each country triennially before each Congress. The surgeons proposed by their own local Committee must be accepted by the International Committee. New National Committees can only be created by the International Committee.

The subscription for each member is payable every 3 years. the sum being fixed by the International Committe; payment of the subscription gives each member a right to all the Society's publications (1).

Members who have rendered valuable services to the Society may have bestowed on them, by the General Assembly, the title of « Honorary Member »; there is no extra charge.

ART. 3. — The Association is administered by a permanent National Committee consisting of a delegate from each country, of the presidents of the Congress, of the general secretary, of an assistant secretary, of a treasurer and of an assistant treasurer. The last four officers must be resident in Brussels.

The International Committee selects its president from among its own members.

The International Committee secures the execution of all measures to ensure the good working order of the Association.

---

(1) For the period 1929-1932 the sum has been 70 belgas (350 belgian franks). New members have an entrance fee of 20 belgas (100 belgian franks) to pay, wich is payable by postal chèque or postal order, postal account n° 236,893, Société Internationale de Chirurgie, à Bruxelles, or crossed cheque on aney bank in any country.

ART. 4. — The Association meets in Congress every three years to discuss the surgical questions, given as the order of the day by the preceding Congress.

ART. 5. — For each Congress, each country names a National Committee of three or more members, one of whom is its delegate to the International Committee. The nominations are made by the majority of votes cast.

During the Congress the members meet in a General Assembly under the presidency of the president of the International Committee.

This Assembly takes notice of and acts on the reports of the general secretary and treasurer.

It fixes the date and the seat of the following Congress; it elects the members of the Committee, the president and the vice-president, and choses the subjects to be discussed at the following Congress; it ratifies the nominations of the National Committees and of the delegates to the International Committee.

The National Committee of the Country where the Congress is held elects a Secretary for the said Congress. He has, in association with the General Secretary, the whole responsability for the local organisation of the Congress. He takes part and has a consulting voice in the deliberation of the International Committee.

ART. 6. — The General Assembly examines all alterations of the rules, submitted by the International Committee, or by at least 20 members. It takes notice of all other administrative questions upon a written demand signed by at least ten members. These demands must be addressed to the Board not less than one month before the General Assembly. To be effective, all alterations of the rules must obtain a vote of a two-third majority of members present at the General Assembly.

ART. 7. — A scientific council of six members shall be formed viz. one member for each of the official languages used by the Congress. The members are to be chosen at the general meeting of each congress. The duty of the scientific council is to select an additional subject for discussion at the

next Congress if it is thought that some subject of especial interest has arisen in the interval between the meeting of the two congresses.

ART. 8. — All offices of the Society are honorary.

ART. 9. — The Board of each Congress consists of the president and the vice-president elected at the preceding Congress, the general secretary, the assistant secretary, the treasurer, the assistant treasurer and the secretary of the congress. This Board undertakes all the duties of organisation.

ART. 10. — No publication in the name of the Society can be made without the examination and approbation of the Board of the International Committee. The general secretary has the direction of all publications for the Society.

ART. 11. — The official languages of the Congress are Englisch, French, German, Italian, Spanish and Slave (1).

ART. 12. — To lose the title of membreschip the member must be declared unworthy by the secret vote of 4/5 of the International Committee, at a meeting called specially for the purpose. Besides, those members who neglect, for a period of six years, to pay their fees, inspite of two warnings, are considered as having given their demission and will officially be struck of the member's list.

(1) For the period 1932 this language will be the Polish.

ESTATUTOS

de la Societad Internacional de Cirurgia

ART. 1. — La Asociación fundada en Bruselas en 1902, con el nombre de Sociedad Internacional de Cirugia, tiene por objeto contribuir al progresso cientifico, a cuyo efecto se impone la tarea de procurar elucidar determinadas cuestiones de orden quirurgico.

Esta asociación tiene su domicilio en Bruselas.

ART. 2. — El número de miembros de la Asociación es limitado. El Comité Internacional fijará cada tres años, antes del Congresso el número de miembros de cada país. Son miembros de la Sociedad los Cirujanos admitidos por el Comité Internacional, bajo la propuesta del Comité del país respectivo. La creación de nuevos Comités nacionales es función del Comité internacional.

Los miembros deben pagar una cotización trienal cuyo importe es fijado por el Comité Internacional; esta cotización dá derecho a percibir las publicaciones de la Societad (1).

Los miembros que hayan prestado a la Sociedad servicios eminentes pueden recibir de la Asamblea general el titulo de miembros de honor; ellos seran eceptos de pagar.

ART. 3. — La Asociación sera administrada por un Comité Internacional permanente, compuesto de un delegado por cada país, de los presidentes et de los vice presidentes de los Congressos, de un Secretario general, de un Secretario adjunto, de un Tesorero y de un Tesorero adjunto; estos cuatro ultimos deben residir en Bruselas.

---

(1) Para el periodo 1929-1932, el importe de la cotización se ha fijado hasta 70 belgas (350 francos belgas). Los nuevos miembros deben pagar una taxe de admision de 20 belgas (100 francos belgas) pagables por giro postal o mandat poste à la orden de cheque postal nº 2368,93, Société Internationale de Chirurgie, Bruxelles, u un giro sobre cualquier banco de no importa quel pais.

El Comité Internacional eligirá entre sus miembros un Presidente.

El Comité Internacional pondrá en prática cuantos medidas juzgue útiles a la buena marcha de la Asociación.

ART. 4. — La Asociación se reunirá cada tres años en un Congreso, en el cual se discutiran las comunicaciones puestas a la orden del dia por el Congreso precedente.

ART. 5. — Cada país nombra en cada congreso un Comité nacional formado por tres miembros ó más, de los cuales uno es delegado al Comité Internacional. Estos nombramientos se hacen por simple mayoria de votos.

Durante el periodo del Congreso, los miembros se reunen en una asamblea general bajo la presidencia del presidente del Comité internacional.

Esta asamblea examina las ponencias del Secretario general y del Tesorero, apreciando su gestion.

Fija la fecha proximó Congreso, procede a la elección de los miembros de la mesa y del presidente y vicepresidente del proximo Congreso y escoje las cuestiones que deben figurar a la orden del dia en dicho Congreso; aprueba los nombramientos de los Comités nacionales y de los delegados al Comité Internacional.

El Comité nacional del país donde se celebra el Congreso, designa el Secretario de este último; dicho Secretario debe ocuparse bajo su responsabilidad de la organizacion local del Congreso, de acuerdo con el Secretario general y participa, con voz consultiva, en las deliberaciones del Comité Internacional.

ART. 6. — La asamblea general examinará todas las modificaciones de los estatutos que le sean sometidas por el Comité internacional ó por veinte miembros por lo menos; asimismo pondrá a la orden del dia cualquiera otra cuestión administrativa a petición por escrito de diez miembros como minimum. Estas peticiones deben ser dirigidas a la mesa del Congreso, por lo menos un mes antes de la fecha de la Asamblea general. Para ser válida, toda modificación de los estatudos debe reunir los dos tercios por lo menos de los votos de los miembros presentes en la Asamblea general.

ART. 7. — Una junta cientifica, compuesta de 6 miembros, es decir, uno por cada una de las lenguas oficiales de la Sociedad, será nombrada por la Asamblea general cuando tenga lugar cada Congreso y tendrá por misión escoger eventualmente una cuestion suplementaria para que figure a la orden del dia en el próximo Congreso siempre que una cuestión de especial interes surja en el intervalo de los Congresos.

ART. 8. — Todas las funciones de la Sociedad son gratuitas.

ART. 9. — La mesa de cada Congreso está constituda por el Presidente y el vice-president elegidos por el precedente Congreso asi como el Secretario general, el Secretario adjunto, el Tesorero, el Tesorero adjunto y el Secretario del Congreso. Está en sus atribuciones tomar todas las medidas de organizazion necesarias para el Congreso.

ART. 10. — Ninguna publicación puede hacerse en nombre de la Sociedad sin el examen prévio y la aprobación de la mesa del Comité Internacional; el Secretario general tiene la direccion de todas las publicaciones de la Sociedad.

ART. 11. — Las lenguas oficiales son: el aleman, el inglés, el español, el francès, el italiano y el polones.

ART. 12. — Perderan el título de miembros de la Sociedad, los miembros declarados indignos de pertenecer a ella si asi lo juzga el Comité Internacional despuès de deliberación secreta la que debe contar las cuatro quintos de votos; esta determinacioó solo podrá tomarse en virtud de una reunión del Comité Internacional especialmente convocada a dicho efecto.

Ademas los miembros que despuès de dos advertencias dejan durante 6 años de pagar sus cotizaciones son considerados como habiendo demicionado y son rayados del oficio de la lista de los miembros.

STATUTO

della Società Internazionale di Chirurgia

ART. 1. — L'Associazione fondata a Bruxelles nel 1902, col nome di *Società Internazionale di Chirurgia,* ha per scopo di contribuire ai progressi della chirurgia cercando di risolvere questioni ad essa pertinenti.

La Società ha sede in Bruxelles.

ART. 2. — Il numero dei Soci è limitato. Il Comitato internazionale fissa ogni tre anni, prima del Congresso, il numero dei soci per ogni Nazione. Sono soci della Società i chirurghi ammessi dal Comitato internazionale, dietro proposta del Comitati nazionali.

Nuovi Comitati nazionali possono essere nominati dal Comitato internazionale.

I soci pagano ogni triennio una quota stabilita dal Comitato internazionale; essa dà diritto alle pubblicazioni della Società (1). I soci che abbiano reso alla Società segnalati servigi possono essere nominati dall Assemblea generale Soci onorari; essi non pagano quota.

ART. 3. — L'Associazione è amministrata da un Comitato internazionale permanente composto da un delegato per ciascuna nazione, dai Presidenti dei Congressi, da un Segretario generale, da un Segretario aggiunto, da un Tesoriere e da un Tesoriere aggiunto; questi quattro ultimi devono risiedere a Bruxelles.

Il Comitato internazionale elegge nel proprio seno un Presidente.

Il Comitato internazionale provvede all'esecuzione di ogni misura utile al buon andamento della Società.

---

(1) Pel triennio 1929-32 la quota è fissata nella somma di 70 belgas (350 franchi belgi); i nuovi soci pagano inoltre una tassa di ammissione di 20 belgas (100 franchi belgi) pagabili con chèque o mandato postale sul conto n° 236,893, Société internationale de Chirurgie à Bruxelles.

ART. 4. — La Società si riunisce ogni tre anni in un Congresso dove sono discusse le relazioni poste all' ordine del giorno dal Congresso precedente.

ART. 5. — I soci di ciascuna nazione nominano a semplice maggioranza di voti il proprio Comitato nazionale, composto di tre membri o più, uno dei quali delegato al Comitato internazionale.

Durante il Congresso, i soci si radunano in una seduta generale sotto la presidenza del Presidente del Comitato internazionale.

In questa seduta si prende nota delle relazioni del Segretario generale e del Cassiere e se ne giudica la gestione.

Si fissa ancora la data e la sede del Congresso successivo e si procede alla scelta dei temi di relazione; si ratifica la nomina dei Comitati nazionali nonchè dei delegati al Comitato internazionale.

Il Comitato nazionale della Nazione nella quale si raduna il Congresso designa il Segretario di questo, che s'incarica dell'organizzazione locale del Congresso in unione col Segretario generale; egli ha voto consultivo nelle deliberazioni del Comitato internazionale.

ART. 6. — L'Assemblea generale esamina ogni modificazione allo Statuto proposta dal Comitato internazionale o da 20 soci almeno, e mette anche all' ordine del giorno ogni altra questione amministrativa dietro domanda scritta di almeno 10 soci. Queste domande devono essere indirizzate alla Presidenza del Congresso almeno un mese prima dell' Assemblea generale. Sarà approvata ogni modificazione allo Statuto, se ottiene il voto favorevole di almeno i due terzi dei soci presenti alla seduta generale.

ART. 6*bis*. — Un Consiglio scientifico formato di 6 membri, uno per ciascuna delle lingue ufficiali della Società, è nominato dall' Assemblea generale durante ogni Congresso e ha per compito di scegliere eventualmente una questione supplementare da mettere all'ordine del giorno del prossimo Congresso nel caso che un argomento d'interesse speciale venisse a presentarsi nell'intervallo fra i Congressi.

ART. 7. — Tutte le cariche della Società sono gratuite.

ART. 8. — Il Comitato di ciascun Congresso è costituito dal Presidente eletto nel Congresso precedente, dal Segretario generale, dal Segretario aggiunto, dal Tesoriere, dal Tesoriere aggiunto e dal Segretario del Congresso. Ad esso è devoluta tutta l'organizzazione del Congresso.

ART. 9. — Nessuna pubblicazione sarà fatta, sotto il nome della Società, senza esame e approvazione preventiva della Presidenza del Comitato internazionale; il Segretario generale ha la direzione di tutte le pubblicazioni della Società.

ART. 10. — Lingue ufficiali della Società sono il Francese, l'Inglese, l'Italiano, lo Spagnolo, il Tedesco e una lingua slava (1).

ART. 11. — Perdono il titolo di Socio coloro che saranno stati dichiarati indegni da una votazione segreta del Comitato internazionale con i 4/5 dei voti; codesta decisione deve essere presa in una seduta del Comitato internazionale specialmente radunato a tale scopo. Inoltre sono considerati dimissionari e cancellati d'ufficio dall' elenco dei Soci coloro che malgrado due inviti trascurino per due anni di pagare le loro quote.

(1) Per il triennio 1929-1932 questa lingua sarà la polacca.

STATUT

Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego.

Paragraf pierwszy : Stowarzyszenie założone w roku 1902 w Brukseli pod nazwą Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego ma na celu popieranie rozwoju nauki, dążąc do wyświetlenia zagadnień z zakresu chirurgji. Siedzibą Towarzystwa jest Bruksela.

Par. 2. Liczba członków Towarzystwa jest ograniczona. Komitet Międzynarodowy ustala co trzy lata, przed Zjazdem, liczbę członków dla każdego kraju. Członkiem Towarzystwa może być każdy chirurg przyjęty przez Komitet Międzynarodowy na wniosek Komitetu narodowego danego kraju. Utworzenie nowych Komitetów Narodowych zależy od decyzji Komitetu Międzynarodowego.

Członkowie płacą składkę na okres trzyletni, której wysokość ustala Komitet Międzynarodowy, składka daje prawo do otrzymywania wydawnictw Towarzystwa.

Walne zebranie może członkom, którzy oddali szczególne usługi Towarzystwu, nadać tytuł członka honorowego. Członek honorowy jest zwolniony od płacenia składek. /I/

Par. 3. Sprawami Towarzystwa zarządza Komitet Międzynarodowy stały, składający się z delegatów poszczególnych krajów /po jednym/, z przewodniczących zjazdów, z sekretarza generalnego, z wice-sekretarza, ze skarbnika i wiceskarbnika ; czterej ostatnio wymienieni muszą zamieszkiwać w Brukseli. Komitet Międzynarodowy wybiera z pośród swych członków Przewodniczącego.

/I/ Na rok 1932 wysokość składki trzyletniej została ustalona na 70 belgów /350 fr. belg./ dla członków dawnych i na 90 belgów /450 fr. belg./ dla nowowybranych członków, płacących w ten sposób wstępne w wysokości 20 belgów /100 fr. bel./ Składki mogą być wpłacane na pocztowy rachunek czekowy Nr. 236893 Towarzystwa Międzynarodo-

wego Chirurgicznego w Brukseli, bezpośrednio, lub przekazem pocztowym, albo czekiem bankowym.
Komitet Międzynarodowy czyni wszystko niezbędne dla rozwoju i dobra Towarzystwa.

Par. 4. Towarzystwo co trzy lata urządza zjazd, na którym są omawiane tematy umieszczone na porządku dziennym przez Zjazd poprzedni.

Par. 5. Na każdym Zjeździe każdy kraj ustala Komitet Narodowy składający się z trzech lub więcej członków, z nich jeden jest delegatem do Komitetu Międzynarodowego. W wyborach tych rozstrzyga zwykła większość głosów. Podczas trwania Zjazdu członkowie zbierają się na walne zebranie, na którem przewodniczy Prezes Komitetu Międzynarodowego. Walne zebranie przyjmuje do wiadomości sprawozdania sekretarza generalnego i skarbnika i udziela im absolutorjum. Ustala ono tez termin i miejsce przyszłego Zjazdu, wybiera członków zarządu, przewodniczącego i wiceprzewodniczącego następnego Zjazdu, określa tematy, które mają być umieszczone na porządku dziennym tego Zjazdu, zatwierdza wybory Komitetów Narodowych i delegatów do Komitetu Międzynarodowego. Komitet Narodowy tego kraju, gdzie się ma Zjazd odbyć, wybiera Sekretarza Zjazdu, który, w porozumieniu z sekretarzem generalnym, i na własną odpowiedzialność zajmuje się organizacją miejscową Zjazdu.
Sekretarz Zjazdu bierze udział w obradach Komitetu Międzynarodowego z głosem doradczym.

Par. 6. Na wniosek Komitetu Międzynarodowego, lub na wniosek przynajmniej dwudziestu członków, Walne Zebranie rozważa wszelką zmianę statutów, umieszcza ono też każdą inną sprawę administracyjną w swym porządku dziennym na żądanie pisemne przynajmniej dziesięciu członków. Wnioski te winny być skierowane do Zarządu Zjazdu przynajmniej na miesiąc przed terminem Walnego Zebrania. Wszelka zmiana statutu jest ważna tylko wtedy, gdy uzyska większość dwuch trzecich głosów obecnych.

Par. 7. Walne zebranie ustanawia podczas każdego Zjazdu Radę Naukową złożoną z sześciu członków, stosownie do sześciu urzędowych języków Towarzystwa, Zadaniem Rady Naukowej jest ustalanie, w razie gdy zajdzie potrzeba, dodatkowego tematu obrad następnego Zjazdu, o ile w przerwie międzyzjazdowej wyłoni się zagadnienie szczególniejszej wagi.

Par. 8. Wszelkie urzędy Towarzystwa nie są związane z żadnem wynagrodzeniem.

Par. 9. Zarząd Zjazdu składa się z Przewodniczącego i wiceprzewodniczącego, wybranych na poprzednim Zjezdzie, z Przewodniczącego Komitetu Międzynarodowego, z sekretarza generalnego, z wicesekretarza, ze skarbnika i wiceskarbnika i z sekretarza Zjazdu ; jest on upoważniony do wszelkich czynności niezbędnych dla zorganizowania Zjazdu.

Par. 10. Nic nie może być ogłoszone drukiem w imieniu Towarzystwa bez uprzedniego zbadania i zgody zarządu Komitetu Międzynarodowego. Kierownictwo wszystkiemi wydawnictwami Towarzystwa spoczywa w ręku Sekretarza generalnego.

Par. 11. Językami urzędowemi Towarzystwa są: niemiecki, angielski, hiszpański, francuski, włoski i jeden z języków słowiańskich /I/.

Par. 12. Członkowie, uznani za niegodnych na głosowaniu tajnem Komitetu Międzynarodowego większością czterech piątych głosów, tracą tytuł członka. Uchwała taka może być powzięta jedynie na posiedzeniu Komitetu Międzynarodowego umyślnie zwołanem w tym celu. Pozatem członkowie zalegający pomimo dwukrotnego napomnienia ze składkami w ciągu sześciu lat są uważani za wycofanych i są skreślani z listy członków.

/I/ Na okres 1929-1932 językiem tym jest język polski.

BUREAU DU HUITIEME CONGRES

Président : Dr. H. HARTMANN, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien à l'Hôtel Dieu, à Paris.

Président du Comité international ff : Dr. J. VERHOOGEN, professeur à l'Université de Bruxelles.

Secrétaire-général : Dr. L. MAYER, agrégé de l'Université de Bruxelles.

Trésorier : Dr. J. LORTHIOIR, agrégé de l'Université de Bruxelles.

Secrétaire-adjoint : Dr. M. CHEVAL, membre correspondant de l'Académie Royale de Médecine de Belgique, à Bruxelles.

Trésorier-adjoint : Dr. P. LORTHIOIR, assistant des Hôpitaux de Bruxelles.

Secrétaire : Dr. A. WOJCIECHOWSKI, agrégé de Clinique à la Faculté de Varsovie.

BUREAU DU NEUVIEME CONGRES

Président : Dr. J. LORTHIOIR, agrégé de l'Université de Bruxelles.

Vice-président : Dr. F. DE QUERVAIN, professeur de Clinique Chirurgicale, Berne.

Président du Comité international : Dr. JEAN VERHOOGEN, membre de l'Académie Royale de Médecine de Belgique, à Bruxelles.

Secrétaire-général : Dr. L. MAYER, agrégé de l'Université de Bruxelles.

Trésorier : Dr. P. LORTHIOIR, assistant des Hôpitaux de Bruxelles.

Secrétaire-adjoint : Dr. M. CHEVAL, membre correspondant de l'Académie Royale de Médecine de Belgique, à Bruxelles.

Secrétaire : Dr. G. DUARTE, chirurgien de l'Hôpital *de la Princesa*, à Madrid.

PRESIDENTS DES CONGRES

1er Congrès : Bruxelles 1905, prof. Th. KOCHER (Berne).
2e Congrès : Bruxelles 1908, prof. CZERNY (Heidelberg).
3e Congrès : Bruxelles 1911, prof. Lucas CHAMPIONNIERE (Paris).
4e Congrès : New-York 1914, prof. A. DEPAGE (Bruxelles).
5e Congrès : Paris 1920, prof. W. W. KEEN (Philadelphie).
6e Congrès : Londres 1923, prof. Sir John H. MACEWEN (Glasgow).
7e Congrès : Rome 1926, prof. D. GIORDANO (Venise),
8e Congrès : Varsovie 1929, prof. H. HARTMANN (Paris).
9e Congrès : Madrid 1932, agrégé J. LORTHIOIR (Bruxelles).

PRESIDENTS D'HONNEUR DU HUITIEME CONGRES

Prof. R. ALESSANDRI, Rome.
Dr A. ANTIPAS, Athènes.
Prof. A. ASHHURST, Philadelphie.
Prof. P. BEGOUIN, Bordeaux.
Prof. L. BÉRARD, Lyon.
Prof. C. DANIEL, Bucarest.
Prof. M. DONATI, Turin.
Prof. J. L. FAURE, Paris.
Prof. D. GIORDANO, Venise.
Prof. P. N. HANSEN, Copenhague.
Prof. S. HYBBINETTE, Stockholm.
Prof. A. JIRASEK, Prague.
Prof. A. JURASZ, Poznan.
Dr F. KAIJER, Hernösand.
Prof. M. KOSTITCH, Belgrade.
Prof. L. KRYNSKI, Varsovie.
Dr. J. H. KUYJER, La Haye.
Dr. LATIS BEY, Alexandrie.
Dr. H. LILIENTHAL, New-York.
Prof. R. LOZANO, Saragosse.
Prof. R. MATAS, New-Orleans.
Dr. P. MATHIEU, Paris.
Dr S. MATTHIASSON, Akureyri
Prof. F. DE QUERVAIN, Berne.
Dr J. E. H. ROBERTS, Londres.
Prof. B. ROSSI, Milan.
Dr J. SCHOEMAKER, La Haye.
Dr P. STRADIN, Riga.
Prof. R. TORIKATA, Tokio.
Prof. J. VERHOOGEN, Bruxelles.
Prof. A. YOUNG, Glasgow.

COMITE INTERNATIONAL 1929-1932

Président : M. VERHOOGEN, Jean, membre de l'Académie Royale de Médecine, 24, rue des Comédiens, Bruxelles.

Secrétaire-général : M. MAYER, Léopold, agrégé à l'Université, membre correspondant de l'Académie Royale de Médecine, 72, rue de la Loi, Bruxelles.

Secrétaire-adjoint : M. CHEVAL, Max, membre correspondant de l'Académie Royale de Médecine, 16, rue Alphonse Hottat, Bruxelles.

Trésorier : M. LORTHIOIR, Paul, assistant des Hôpitaux, 76, rue Faider, Bruxelles.

Membre d'honneur : M. KEEN, W. W., président du 5ème Congrès, 1520, Spruce Street, Philadelphia.

Membres :

MM. ALESSANDRI, Roberto, délégué de l'Italie, 31-33, via G-B Morgagni, Roma.

ALTOUNYAN, Ernest, délégué de la Syrie, Hôpital Altounyan, Alep.

AMUNATEGUI, Gregorio, délégué du Chili, 2149, Calle Augustinas, Santiago.

ARMSTRONG, G.. délégué du Canada, 1227 Sherbrooke Street, West, Montreal.

BARDY, Henri, délégué de la Finlande, Hôpital Maria, Helsingfors.

BARTRINA, J. M. Th., délégué de l'Espagne, 44, paseo de Gracia, Barcelone.

BOSCH-ARANA, Guillermo, délégué de la République Argentine, 1360, calle Junin, Buenos-Ayres.

BRANDAO, Augusto, délégué du Brésil, 93, rua da Lapa, Rio de Janeiro.

CABECA, Custodio, délégué du Portugal, 23, rua Camara Pestana, Lisbonne.

Membres :

CONDE-JAHN, Franz, délégué du Vénézuela, 13, Oeste 3, Caracas.

DANIEL, Constantin, délégué de la Roumanie, 30 Strada Filipescu, Bucarest.

DENEGRI, Juvenal, délégué du Pérou, 289, calle de Mogollon, Lima.

FEDOROFF, Serge, délégué de l'U.R.S.S., 31 Nadesdinskaya, Leningrad.

GIORDANO, Davide, président du 7ème Congrès, 1574 San Leonardo, Venise.

HANSEN, P. N. délégué du Danemark, 3, Farimagsgade, Copenhague.

HARTMANN, Henri, président du 8ème Congrès. 4, place Malesherbes, Paris.

JIRASEK, Arnold, délégué de la Tchécoslovaquie, 38, Karoliny Svellé, Prague. I.

JURASZ, Anton, délégué de la Pologne, 10 Jasna, Poznan

KAIJER, Fritz, délégué de la Suède, Hernösand.

KOSTITCH, Milivoïe, délégué de la Yougoslavie, 65, ul. Kralia Milana, Belgrade.

LATIS BEY, délégué de l'Egypte, 18, rue Sésostris, Alexandrie.

LORTHIOIR, Jules, président du 9ème Congrès, 73, Boul. de Waterloo, Bruxelles.

LOTZ, H. J., délégué de l'Australie, Perpetual Trustees Bldg, St.-George's Terrace, Perth (Western Australia).

MAC ARTHUR, Lewis, délégué des Etats-Unis, 122 South Michigan avenue, Chicago.

MAC CONNELL, Adams, A., délégué de l'Irlande, 75, Merrion Square, Dublin.

MACCAS, M., délégué de la Grèce, 10, rue Solon, Athènes.

MATTHIASSON, S., délégué de l'Islande, Akureyri.

MINTZ, Vladimir, délégué de la Lettonie, 45-47, Elisabetes Iela, Riga.

MIYAKE, Hayashi, délégué du Japon, Université de Kyushu.

Membres :

NICOLAYSEN, J., délégué de la Norvège, 43, Oskarsgate, Oslo.

PRESNO Y BASTIONY, J., délégué de Cuba, 19, Paseo Y, La Havane.

PROUST, Robert, délégué de la France, 2 Avenue Hoche, Paris.

QUERVAIN, Fritz de, délégué de la Suisse, 60, Kirchenfeldstr., Berne.

ROBERTS, J., délégué de la Grande Bretagne et Irlande du Nord, 26, Harley Street, Londres W.I.

SCHOEMAKER, J.. délégué des Pays-Bas, 84, Oude Weg, Scheveningen.

DÉLÉGUÉS & MEMBRES DES COMITÉS NATIONAUX POUR 1929-1932

Argentine :	MM. BOSCH-ARANA, délégué. JORGE, membre. CHUTRO, membre.
Australie :	MM. LOTZ, délégué.
Belgique :	MM. VERHOOGEN, délégué J. LORTHIOIR, membre. LAMBOTTE, membre. HERMAN, membre.
Brésil :	MM. BRANDAO, délégué. AMARAL, membre.
Canada :	MM. ARMSTRONG, délégué. STARR, membre.
Chili :	M. AMUNATEGUI, délégué.
Cuba :	MM. PRESNO Y BASTIONY, délégué. MENOCAL, membre. DE ROSAS, membre. AROSTEGUI, membre.

Danemark :	MM. P. N. Hansen, délégué. Schaldemose, membre. Wessel, membre. Strandgaard, membre.
Egypte :	MM. Latis-Bey, délégué. Ibrahim, membre. Petridis, membre.
Equateur :	M. Arzube-Cordero, délégué.
Espagne :	MM. Bartrina, délégué. Ribas-Ribas, membre. Saldana, membre.
Etats-Unis :	MM. E. C. Cutler, délégué; R. Matas, membre; J. H. Jopson, membre; F. B. Lund, membre.
Finlande :	MM. Bardy, délégué. Faltin, membre.
France :	MM. Proust, délégué. H. Delageniere, membre. Nove-Josserand, membre.
Grande Bretagne et Irlande du Nord :	MM. Roberts, délégué. Sir Percy Sargent, membre. Souttar, membre. Grey Turner, membre. A. Young, membre.
Grèce :	MM. Maccas, délégué. Kondoleon, membre. Antipas, membre.
Irlande :	MM. Mac Connell, délégué. Sir William de Courcy Wheeler, membre. Sir William Taylor, membre.
Islande :	MM. Matthiasson, délégué. Einarsson, membre. Thoroddsen, membre.
Italie :	MM. Alessandri, délégué. Donati, membre. B. Rossi, membre.

Japon :	MM. MIYAKE, délégué. KONDO, membre. SHIOTA, membre.
Lettonie :	MM. MINTZ, délégué. STRADIN, membre.
Norvège :	MM. NICOLAYSEN, délégué. SANDBERG, membre. BULL, membre.
Pays-Bas :	MM. SCHOEMAKER, délégué. OIDTMANN, membre. KUYJER, membre.
Pérou :	M. DENEGRI, délégué.
Pologne :	MM. JURASZ, délégué. KRYNSKI, membre. LESNIOWSKI, membre. OSTROWSKI, membre. SLAWINSKI, membre. WOJCIECHOWSKI, membre.
Portugal :	MM. CABEÇA, délégué. H. BASTOS, membre. T. BASTOS, membre.
Roumanie :	MM. DANIEL, délégué. BALACESCO, membre. LEONTE, membre.
Suède :	MM. KAIJER, délégué. HYBBINETTE, membre. ALEMAN, membre.
Suisse :	MM. DE QUERVAIN, délégué. C. ROUX, membre. HENSCHEN, membre.
Syrie :	MM. E. ALTOUNYAN, délégué. SUBAI, membre. CHEVALIER, membre.
Tchécoslovaquie :	MM. JIRASEK, délégué. NIEDERLE, membre. PODLAHA, membre.

U.R.S.S. :	MM. Fedoroff, délégué. Gorache, membre. Herzen, membre. Plotkin, membre.
Vénézuéla :	MM. Conde-Jahn, délégué. Travieso, membre.
Yougoslavie :	MM. Kostitch, délégué. Petrovitch, membre. Kojen, membre.

LISTE DES MEMBRES

ARGENTINE

ARCE, José, 1299 Calle Arenales, Buenos-Ayres.

BOSCH-ARANA, Guillermo, 1360 Junin, Buenos-Ayres.

CHUTRO, Pedro, 1537 Ayacucho, Buenos-Ayres.

DEL VALLE, Delfor, 2373, Agüero, Buenos-Ayres.

FINOCHIETTO, Ricardo, 970 Parana, Buenos-Ayres.

GUTIERREZ, Alberto, 1874 Rodriguez Pena, Buenos-Ayres.

* JORGE, José, M., 1186 Talcahuano, Buenos-Ayres.

RIVAROLA, Rodolfo A., 12351, Santa Fé, Buenos-Ayres.

* SARMIENTO-LASPIUR, Ricardo, 869 Talcahuano, Buenos-Ayres.

AUSTRALIE

* LOTZ, H. G., Perpetual Trustees Bldgs, St. George's Terrace, Perth (Western Austr.).

Mc CALLUM, Gavin, 127 Collins Str., Melbourn (Victoria) (1).

BELGIQUE

ALBERT, Fritz, chef des travaux à la Clinique Chirurgicale de l'Université de Liége, 31, rue Bois l'Evêque, Liége.

* APPELMANS, R. Professeur de chirurgie à l'Université, chirurgien à la Clinique Universitaire, 102a, Bd de Tirlemont, Louvain.

BECKERS, René, 36, rue Archimède, Bruxelles.

BROHEE, Georges, 94, Chaussée de Charleroi, Bruxelles.

CAHEN, J., assistant du service clinique de chirurgie de l'Université, 86, rue Bosquet, Bruxelles.

N. B. — Les astériques (*) indiquent les membres qui ont assisté au VIII[e] Congrès

(1) Au moment de mettre sous presse, nous avons le regret d'apprendre le décès de M. le Docteur Mc Callum,

CHEVAL, Max, ex-chirurgien-adjoint de la clinique obstétricale de l'Université de Bruxelles, membre correspondant de l'Académie Royale de Médecine, 16, rue Alphonse Hottat, Bruxelles.

CORYN, Gustave, rue des Cultes, 15, Bruxelles.

DANIS, Robert, professeur à l'Université de Bruxelles, 80, rue de la Source, Bruxelles.

DEBAISIEUX, G., professeur à l'Université, membre correspondant de l'Académie royale de Médecine, 14, rue Léopold, Louvain.

DE GRAEUWE, 42, rue de l'Association, Bruxelles.

DEJARDIN-PETIT, Léonce, Chirurgien-adjoint de l'Hôpital d'Ixelles, 32, rue Van Elewyck, Bruxelles.

DELCHEF, G., 38, rue Stévin, Bruxelles.

DELPORTE, F., agrégé de l'Université de Bruxelles, 1, Place Quetelet, Bruxelles.

DELREZ, L., professeur à l'Université de Liége, membre de l'Académie Royale de Médecine, 5, avenue Albert Mahiels, Liége.

DERACHE, P., chirurgien en chef à l'Hôpital Militaire. 64, avenue de l'Hippodrome, Bruxelles.

DE SMETH, Jean, chef de service des hôpitaux de Bruxelles, 126, boulevard de Waterloo, Bruxelles.

FERNANDES, R., chef de service à l'hôpital civil d'Etterbeek, 198, rue de la Loi, Bruxelles.

GAUDY, Jules, agrégé de l'Université, 15, rue des Chevaliers, Bruxelles.

* GOFFAERTS, André, chirurgien des Hôpitaux, 6, place de la Station, Alost.

GOORMAGHTIGH, N., 53, boulevard de Kerchove, Gand.

HERMAN, Fritz, chirurgien, chef de service des Hôpitaux, professeur à l'Université de Bruxelles, 70, avenue Jan Van Ryswyck, Anvers.

LAMBOTTE, Albin, 1, avenue des Bouleaux, Anvers.

LAUWERS, Edmond, 110, rue de Staceghem, Courtrai.

LE BRUN, Edmond, chirurgien des Hôpitaux, 132, rue de Bruxelles, Namur.

LEMOINE, G., chef de service à l'Hôpital d'Anderlecht, 50, rue Emile Bouillot, Bruxelles.

LOICQ, René, assistant de la clinique chirurgicale, 176, avenue Brugmann, Bruxelles.

* LORTHIOIR, Jules, agrégé de l'Université de Bruxelles, 73, boulevard de Waterloo, Bruxelles.

LORTHIOIR, Paul, assistant à la clinique universitaire de Chirurgie infantile, 76, rue Faider, Bruxelles.

* MAFFEI, A., Professeur de clinique chirurgicale infantile à l'Université, chirurgien des Hôpitaux, 42, rue de Livourne, Bruxelles.

MARTIN, Paul, assistant de la Clinique chirurgicale, 28, rue du Parnasse. Bruxelles.

* MAYER, Léopold, agrégé de l'Université, membre correspondant de l'Académie Royale de Médecine, 72, rue de la Loi, Bruxelles.

MOREAU, J., 13, rue du Beau Site, Bruxelles.

NEUMAN, Fernand, agrégé de l'Université, chef de service de chirurgie à l'Hôpital Brugmann, 27, rue de Wynants, Bruxelles.

PARISEL, 32, rue de la Concorde, Bruxelles.

PINCHART, J.J.J., 82, rue Lesbroussart, Bruxelles.

ROERSCH, Charles, chirurgien des Hôpitaux, 17, rue de la Paix, Liége.

SEBRECHTS, Jules, professeur à l'Université de Louvain, 24, rue des Bouchers, Bruges.

SLUYS, Félix, 13, place Raymond Blyckaerts, Bruxelles.

TYTGAT, E., 28, rue Basse, Gand.

VAN DER LINDEN, O., 33, rue de l'Université, Gentbrugge.

VANDER STRICHT, N., 8, rue aux Lits, Anvers.

VAN HAELST, A., 53, rue Neuve Saint Pierre, Gand.

VAN HASSEL, V., Paturages.

* VERHOOGEN, Jean, professeur honoraire à l'Université, membre de l'Académie Royale de Médecine, 24, rue des Comédiens, Bruxelles.

VINCE, J., chirurgien des Hôpitaux, 12, rue aux Laines, Bruxelles.

WALRAVENS, Alfred, 124, rue du Commerce, Bruxelles.

WILLEMS, Charles, professeur à l'Université, 13, rue Forgeur, Liége (1).

---

(1) Pendant l'impression de ce volume, nous avons eu le regret d'apprendre le décès de M. le Professeur Willems.

BRESIL

AMARAL, Jovelino, Casa Alemana, Praça Floriano, Rio de Janeiro.

BRANDAO, Augusto, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de l'Université de Rio de Janeiro, 93, rua de Lapa, Rio de Janeiro.

CANADA

ARCHIBALD, professor of Surgery and Director of the Surgical Department, Mc Gill University Faculty of Medecine ; Surgeon Royal Victoria Hospital ; Consulting Surgeon Children's Memorial Hospital, Westmont boulevard, 52, Montreal.

ARMSTRONG, G. E., Emeritus professor of Surgery, Mc Gill University Faculty of Medecine ; Consulting Surgeon : Royal Victoria Hospital, Montreal General Hospital, Protestant Hospital for Insane, Verdur, 1227 Sherbrooke St. West, Montreal.

BAZIN, Alfred, T., assistant Professor of Surgery and Clinical Surgery in Mc Gill University and Surgeon to the Montreal General Hospital, 4064, Dorchester Street West, Montreal.

BRUCE, Herbert, A. Professor of Clinical Surgery University of Toronto ; acting consulting Surgeon Toronto General Hospital, 64, Bloor Street, Toronto.

CAMERON, J. H., Emeritus Professor of Surgery and clinical Surgery University of Toronto, Surgeon St. John's Hospital ; Consulting surgeon Toronto General Hospital for Sick Children, 307, Sherbourne Street, Toronto.

EBERTS, Edmond, Melchior, Surgeon to the Montreal General Hospital, 219, Peel Street, Montreal.

GRAY, Sir Henry, N.B.E., C.B., C.N.G., 3449 Peel Street, Montreal.

GRONDIN, Charles, 5, rue Laurent Pichat, Paris.

HALPENNY, Jasper, professor of Surgery and Clinical Surgery in the University of Manitoba, 212, Medical Arts Bldg, Winnipeg.

HICKS, E., 54, Brant Avenue, Brantford (Ontario).

MACLEAN, John Neil, Associate Professor of clinical Surgery of the University of Manitoba, 205 Medical Arts Bldg, Winnipeg.

PRIMROSE, A. Professor of clinical Surgery University of Toronto, consulting Surgeon Toronto General Hospital, Hospital for Sick Children, 100, College Street, Toronto.

SAINT-JACQUES, E., professor of clinical Surgery and History of Medecine, University of Montreal, Surgeon Hôtel Dieu de Saint-Joseph, 386, St. Catherine Road, Montreal.

SIMARD, Arthur, Professor of Surgery Laval University, 5, rue d'Auteuil, Québec.

STARR, F.N.G., Associate professor of clinical Surgery, University of Toronto, Consulting Surgeon Hospital for Sick Children, 112, College Street, Toronto.

VEZINA, Charles, professeur agrégé de la Faculté de Médecine de l'Université Laval, 31, rue Charlevoix, Québec.

CHILI

AMUNATEGUI, Grégorio, professeur de clinique chirurgicale et doyen de la Faculté de Médecine, 2149 Calle Augustinas, Santiago de Chili.

CUBA

AROSTEGUI, Gonzalo E., chirurgien de l'Hôpital Municipal de la Havane, 27 Aguacate, Habana.

CAPOTE, Fernando Mendez, chirurgien de l'Hôpital n° 1, chirurgien de l'Association de Dependiente, 156, Calle H, Habana.

DE ROSAS, Gomez, Nicolas, chirurgien chef de la Policlinique Nationale, 432 Cerro, Habana.

DUPLESSIS, Gustave, Leoltad y Animas, Habana.

FORTUN, Enrique, professeur de Pathologie à l'Université, 1 Cuba, II, Habana.

MENOCAL, Rafaël, professeur de Clinique Chirurgicale à l'Université, 98 Prado, Habana.

NOGUEIRA, Rafaël, Clinica Bustamante, 268, Paseo, Habana.

NUNEZ-PORTUONDO, Ricardo, professeur agrégé de Chirurgie, 4 calle Manrique, Habana.

ORTIZ-CANO, Julio, Calle L y 25, Habana.

PAGES Y RODRIGUEZ, Félix, 212, Calle D, Habana.

PEREDA, José, chirurgien des Hôpitaux, 45 Calle Estado, Habana.

PLASENCIA, Ignacio, Benito, chirurgien des Hôpitaux, Chirurgien en chef de la Maison de Santé « La Balear », 50, Calle Empedrado, Habana.

PRESNO Y BASTIONY, José, A., Professeur d'opérations à la Faculté de Médecine, Président de l'Académie de Médecine, 19 Paseo Y. Habana.

SOUZA, Benito, Chirurgien en chef de l'Hôpital Municipal, 226 San Lazaro, Habana.

STINGER Y GONZALES, Elpidio, Professeur d'Anatomie Chirurgicale, 4, Calle M, Habana.

VARONA Y GONZALES DEL VALLE, Agustin ,139, Calle Reina, Habana.

DANEMARK

* AAGAARD, Otto C., Borgmester Jensens Allé, Copenhague.

ABRAHAMSEN, Harald, chirurgien en Chef, Bispebjaerg Hospital, Copenhague.

ANDERSEN, V. Fogh, 18, Amicisvej, Copenhague.

* BLAD, Axel, Overchirurg, 8, Martinsvej, Copenhague.

BORNEMAN, A. C. J., 18, Toldbodgade, Copenhague.

BOYSEN, Overlaege, Kolding.

CHIEWITZ, Ole, chirurgien en Chef, Finsen's Medicinske Lys institut, 18, Noerrebrogade, Copenhague.

COLLIN, I, chirurgien en chef, Kommunehospitalet, 18, Ostersögade, Copenhague.

EIKEN, chirurgien en chef à Amtssygehuset, Aalborg.

ESCHEN, J. J., Aalborg.

* FENGER-JUST, Chef du Diakonisse Hospitalet, 15, Nörrefarimagsgade, Copenhague.

FROELICH, E., Overlaege, 40, St. Kongensgade, Copenhague.

GAMMELTOFT, professeur à l'Université. 18 Juliane Mariesvej, Copenhague.

GUILDAL, Paul, chirurgien en chef de l'Hôpital Orthopédique de la Société de Secours aux Infirmes, I Frederiksgade, Copenhague.

* HANSEN, P. N., chirurgien en chef à Kommunehospitalet, 3 Farimagsgade, Copenhague.

HANSEN, Svend, chef de la Policlinique Chirurgicale du Rigshospitalet, Copenhague.

HARTMANN, J. P., Overlaege St-Lucas Stiftelsen, 6, Dronningens Tvergade, Copenhague.

HELSTED, A., Kjóbenhavns Amtssygehus, Hellerup.

IPSEN, Johannes, chirurgien en chef à Sönderborg.

KJAERGAARD, S., professeur à l'Université, 2, Anker Heegaardsgade, Copenhague.

KOESTER, H. S., Nästved.

LENDORF, A. V., professeur à l'Université, Rigshospitalet, Copenhague.

LOHSE, Overlaege Marienlyst Slottet, Helsingör.

LUNN, Knud. Overlaege Amtssygehuset, 41 Ribelandevej, Haderslev.

MOELLER, Fabricius, Kirurgisk Afdeling Amtssygehuset, Aarhuus.

MOELLER, Harald, Kommunehospitalet à Aalborg.

MOELLER, P. K., Odense.

MÜLLER, Sven, chirurgien en chef à Sygehuset, Odense.

PERMIN, Carl. 26, Tranegaardsvey, Hellerup.

* REINSHOLM, V., Overlaege Svendborg Sygehus, Svendborg.

SCHALDEMOSE, professeur à l'Université, 6 Juliane Mariesvej, Copenhague.

SOELLING, Overlaege, Kommunehospitalet, Horsens.

STRANDGAARD, H., Overlaege à Aarhuus.

WESSEL. Carl, chirurgien en chef à Bispebjaerg Hospital, Copenhague.

EGYPTE

* ABDUL-HAMID, Mohammed Bey, Director and Chief Surgeon of King's Hospital of Cairo, Kalioub.

CALZOLARI, A., chirurgien de la Maison Royale d'Egypte, clinique privée, 3 rue des Palais, Alexandrie.

CRESCENZI, Guilio, Libero Docente, Chirurgo Primario dell' Ospedale Italiana, 8, rue Pereyra, Alexandrie.

EL GUINDY, King's Hospital, Cairo.

ESCHER, Alfred L., chirurgien de l'Anglo-Swiss Hospital, 17 rue Nubar Pacha, Alexandrie.

GAGLIO, chirurgien en chef de l'Hôpital Italien, 3, Midan Suarez, Cairo.

HAMDE, Ahmad, Midan el Saa, Tantah.

HENRY, Arnold. K., professeur de clinique chirurgicale à Kasr el Aïny, 37, Sharia Gabaliya, Ghezireh, Cairo.

Ibrahim, Ali Bey, professeur à Kasr el Ainy Hospital, 2, Shareh Khalil Agga, Garden City, Cairo.

Iatrou, Guillaume, J., avenue Alexandre le Grand, Alexandrie.

Kanony, Directeur du Service Quarantenaire, Suez (1).

* Latis Bey, chirurgien gynécologue en chef de l'Hôpital Israélite, 18, rue Sesostris, Alexandrie.

Lew, Henri, chirurgien à l'Hôpital français, 6 Shareh Chawarbi Pacha, Cairo.

Lombardo, A., chirurgien adjoint à l'Hôpital Européen, 20, rue Toussoun, Alexandrie.

Morrison, A., chirurgien de l'Hôpital Anglo-Suisse, Place Mohamed Ali, 3, Alexandrie.

Papayoannou, chirurgien en chef à l'Hôpital Papayoannou, 9 sharia Emir Saïd, Ghezireh (Cairo).

Petridis, Aristide, chirurgien en chef honoraire de l'hôpital hellénique, 3 rue du Palais, Alexandrie.

Petridis, Pavlos, chirurgien en chef de l'hôpital hellénique d'Alexandrie, 3 rue du Palais, Alexandrie.

Puy-Haubert, Pierre, A., ex-interne des hôpitaux, ex-chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux, 11, rue Chérif Pacha, Alexandrie.

Riad-Scander Bey, Surgeon of the «Isis» Nursing Home, Immeuble Wakf, rue Sultan Hussein, Alexandrie.

Tsatsanis, Michel, chirurgien de la clinique Hippocrate, 17, rue Stamboul, Alexandrie.

Voronoff, Serge, directeur du Laboratoire de chirurgie expérimentale du Collège de France, 18, avenue Kléber, Paris.

EQUATEUR

Arzube-Cordero, J. B., Professeur à l'Université, Chirurgien de l'Hôpital Général, P.O. box 304, Guayaquil.

ESPAGNE

Bartrina-Thomas, José-Maria, professeur de Clinique Chirurgicale à l'Université, 44, Paseo de Gracia, Barcelone.

(1) Au moment de mettre sous presse, nous avons le regret d'apprendre le décès de M. le Docteur Kanony.

CARDENAL, Leon, Professeur de Chirurgie de la Faculté de Médecine, 63, calle Serrano, Madrid.

CARULLA, Vicente, professeur de Thérapeutique physique, 285, Corcega, Barcelone.

CATALINA, A., 135, calle de Atocha, Madrid.

COMPAN, Vicente, Chirurgien-adjoint de l'Hôpital de Santa Cruz, 20 Rambla de Cataluña, Barcelone.

* CORACHAN, Manuel, Chirurgien des Hôpitaux, 189 Rosellon, Barcelone.

CORTÉS-LLADO, Antonio, Professeur de Chirurgie à la Faculté de Médecine, 28, Calle Santa Maria la Blanca, Sevilla.

ESCRIBANO, Victor, professeur de Chirurgie Opératoire, 1 Calle Duquesa, Granada.

GALLART-MONES, Francisco, professeur de Pathologie digestive, 323, Consejo Ciento, Barcelone.

GOYANES, Jose, Institut du Prince des Asturies, 88, Paseo Vergara, Madrid.

LITE-BLANCO, Pedro-Juan, Chirurgien de l'Hôpital Provincial, 20, avenida de Carlos III, Pamplona.

LÓPES-DURÁN, Adolfo, 38, Carrera de San Jerónimo, Madrid.

* LOZANO-MONZÓN, Ricardo, 2, Calle La Gasca, Zaragoza.

MOSSO, Luis Ruiz, Comandante Medico de Sanidad Militar, 3, Vara de Rey, Logroño.

OLIVARES, Laureano, Professeur de Chirurgie à la Faculté de Médecine, 21, Calle Zurbano, Madrid.

* PUIG Y SUREDA, Juan, Agrégé, 425, Muntaner, Barcelona.

PUJOL Y BRULL, A., Chirurgien des Hôpitaux, 83, Enrique Granados, Barcelona.

RECASENS Y GIROL, Sebastian, professeur d'obstérique et de gynécologie, 6, Calle Jenner, Madrid.

* RIBAS-RIBAS, Enrique, Chirurgien de l'Hôpital de la Sainte-Croix, 3 Passage Domingo, Barcelona.

SALDANA-LARRAINZAR, Abilio, chef de Clinique Chirurgicale à l'Hôpital Basunto, 41, Gran Via, Bilbao.

SANCHEZ-COVISA, Isidro, chirurgien de l'Hôpital Provincial et de l'Hôpital Municipal de Bienfaisance, 93, Calle de Alcala, Madrid.

* SAN RICART, Ramon, 79, rambla de Cataluña, Barcelona.

* SANSALVADOR, Salvador, 85, Paseo de Gracia, Barcelona.

SOLER-JULIA, Juan, 304, calle Valencia, Barcelona.

TELLO-RENTERO, Blas, 14, Luchana, Sevilla.
TRENCHS, José, 557, calle Cortes, Barcelone.
* TRIAS PUJOL, Antonio, professeur de Pathologie Chirurgicale à l'Université, 61 Paseo de Gracia, Barcelona.
TRIAS PUJOL, Joaquin, professeur de Thérapeutique chirurgicale à l'Université, 101, Paseo de Gracia, Barcelona.

VILARDELL-PERMANYER, Jacinto, 80, Paseo de Gracia, Barcelona.
VILARDELL-PERMANYER, José-Maria, 19, Caspe, Barcelone.

ETATS-UNIS

ABBOTT, E. G., 131 State Street, Portland (Main.)
ADSON, A. W., 523, Seventh Avenue, Rochester (Minn.)
* ASHHURST, Astley, P. C., 257 South 16th Street, Philadelphia.

BALCH, Franklin, G., 279, Clarendon Street, Boston.
BALFOUR, Donald, 427 Sixth Avenue, Southwest, Rochester (Minn.)
* BEER, Edwin, 45 East 85th Street, New-York City.
BEVAN, A. D., Professor of Surgery, Rush Medical College, University of Chicago, Surgeon to Presbyterian Hospital, People Gas Building, Chicago.
BILLINGS. Arthur E., 2020 Spruce Street, Philadelphia.
BINNIE, J. F., U.S. Naval Hospital, 414, Redwood Street, San Diego.
BLAIR, V. P., 400 Metropolitan Bldg, St. Louis.
BLAKE, J. A., 116 East 53rd Street, New-York City.
BLOODGOOD, Joseph C., 904 North Charles Street, Baltimore.
BOYKINE, Irvine, 922 Medical Arts Bldg, Philadelphia.
BREWER, George, E., 151 East 59th Street, New-York City.
BRINSMADE, W. B., 166, Columbia Heights, Brooklyn (N.Y.).
BUCHANAN, J. J., Professor of Surgery, West Penn. College, Surgeon to West Penn. Hospital, 1409 North Highland avenue, Pittsburg (Pa.).

CARREL, Alexis, The Rockfeller Institute for Medical Research, New-York City.
CARSON, Norman, B., Professor of clinical Surgery in the St-Louis Medical College, Surgeon to the St-Louis and the Mullanphy Hospitals and to the St-Vincent Insane Asylum, 7006 Maryland Drive, University City, St-Louis.
* CHASE, Henry Melville, 202 St-Paul Street, Brookline (Mass.).

CLARK, J. Bayard, 114, East 54th Street, New-York City.
CLARK, Edmund, Hume-Mansur Bldg, Indianapolis (Ind.).
CLINTON, Marshall, 556, Franklin Street, Buffalo (N.Y.).
COFFEY, R. C., Portland Surgical Hospital, 611, Lovejoy Street, Portland (Oregon).
COLEY, William B., 114 East 54th Street, New-York City.
CRILE, G. W., Professor of Surgery, Cleveland Clinic, Clinic Bldg, Cleveland (Ohio).
CROSSAN, Edward T., 5324 Wayne Avenue, Phidalephia.
CUSHING Harvey, Peter Bent Brigham Hospital, 721, Huntingdon Avenue, Boston.
CUSHING, Hayward W., 70, Commonwealth Avenue, Boston.
CUTLER, Elliott C., Western Reserve Medical School, Dep. of Surgery, Lakeside Hospital, Cleveland (Ohio).

DA COSTA, John Ch., M.D.. Clinical professor of Surgery, Jefferson Med. College ; Consulting Surgeon to the Philadelphia General Hospital, Saint-Joseph's Hospital and Misericordia Hospital, 2045, Walnut Street, Philadelphia.
DARRACH, William, 630, West 168th Street, New-York City.
DAVIS, John S., Severn Appartements, Mount Vernon Place, Baltimore.
DAVIS, Lincoln, 279, Beacon Street, Boston.
DEAVER, H. C., 337 South 18th Street, Philadelphia
DEAVER, J. B., 1830, De Lancey Place, Philadelphia.
DELATOUR, Henri Berckman, 73, 8th Avenue, Brooklyn (N.Y.).
DOWD, Charles, 580 Park Avenue, New-York City.
DOWNES, Charles N., 424, Park Avenue, New-York City.

EASTMAN, J. R., 331, North Delaware Street, Indianapolis (Ind.).
ELLIOT, Ellsworth, 34, East 67th Street, New-York.
ELTING, Arthur, 119, Washington Avenue, Albany (N.Y.).
ESTES, W., 805, Delaware Avenue, Bethlehem (Pa.)
ESTES, W. L., Jr., M.D., Room 401, Wilbur Trust Co Bldg, Fourth St. and Broadway, Bethlehem (Pa).
EVE, Duncan, Eve Building, Nashville (Tenn.)

FINNEY, John, Professor of Surgery, 1300 Eutaw Place, Baltimore.
FRAZIER, Charles H.. 133 South 36th Street, Philadelphia.
FREEMAN, Leonard, B.S.M.D., Professor of Surgery, Gross. Medical College ; Surgeon to the Arapahoe County Hospital and to St-Anthony's Hospital, 2611, East 7th Street, Denver (Cal.)

GAGE, Homer, 8, Chesnut Street, Worcester (Mass.).
* GIBBON, John H., 1608, Spruce Street, Philadelphia.
GIBSON, C. L., Professor of Surgery in NewYork University, Surgeon to St-Luke's Hospital, 72, East 54th Street, New-York City.
* GOETSCH, Emil, 2 Montague Street, Brooklyn (N. Y.).
GOODMAN, Charles, professor of Surgery University Bellevue Hospital, Ml. College Associate Surgeon Policlinic Hospital, Consulting Surgeon, 68, East 56th Street, New-York City.
GRAHAM, Evarts A., Department of Surgery Washington University, St-Louis (Missouri).
GREENOUGH, Robert B., 8, Marlborough Street, Boston (Mass.).
* GUTHRIE, Donald, South Wilbur Avenue, Sayre (Pa).
HAGGARD, William D., 706, Church Street. Nashville (Tenn.).
HAMMAN, C. A., 416, Osborn Bldg, Cleveland (Ohio) (1).
HARRIS, M. L., 25, East Washington Street, Chicago.
HARTWELL, John, A., 27, East 63rd. Street, New-York City.
* HITZROT, Morley, 126 East 37th Street, New-York City.
HOGUET, J. P., 51 East 50th Street. New-York City.
HUPP, Frank LE MOYNE, 61, 14th Street, Wheeling (West Virginia) (1).
HUTCHINGS, W. H., The Detroit Club, Detroit (Michigan).
JACKSON, J. N., 425, Argyle Bldg, Kansas City (Kansas).
JONAS, F., 106, South 31st. Street, Omaha (Nebraska).
* JONES, Daniel F. 195 Beacon Street, Boston.
* JOPSON, J. H., 1824, Pine Street, Philadelphia.
JUDD, E. S., 705, Second Avenue, Rochester.
KANAVEL, Allen B., Professor of Surgery New Western University, Medical School, 54, East Erie Street, Chicago.
KEEN, W. W., 1520 Spruce Street, Philadelphia.
KEER, Hyland, Harry, 1744, North Street, N.W., Washington, D.C.
KEYES, E. L., 121 East 60th Street, New-York City.
LAW, Ayer Arthur, 2310, Stevens Avenue, Minneapolis (Minn.).
LEWIS, Dean, Johns Hopkins Hospital, Baltimore.
* LILIENTHAL, Howard, Consulting Surgeon, Mount Sinaï Hospital, 52 East 82nd Street, New-York City.
LOWER, Willian, E., Clinic Bldg, Cleveland (Ohio).
LUND, F. B., 527 Beacon Street, Boston.
LYLE, Henry H. M., 38, East 68th Street, New-York City.

(1) Au moment de mettre sous presse, nous apprenons le décès de MM. Hamann et Hupp.

Mc ARTHUR, Lewis L., 122 South Michigan Avenue, Chicago.
Mc AUSLAND, W. Russell, 240 Newbury Street, Boston.
Mc GUIRE, Edgar R., 622 Delaware Avenue, Buffalo (N.Y.)
Mc GUIRE, Stuart, 1000 West Grace Street, Richmond (Va.).
MARTIN, Edward, 135 South 18th Street, Philadelphia.
MARTIN, Walton, 228 East 49th, New-York City.
* MATAS, Rudolf. 2255 St-Charles Avenue, New-Orleans.
MAYO, Charles H., Mayowood, Rochester, (Minn).
MAYO, William, 704, Fourth Street, Rochester (Minn).
MEYER, Karl, Cook Country Hospital, Chicago.
MEYER, Willy, 700 Madison Avenue, New-York City.
MILLER, Robert, 9 East Chase Street, Baltimore.
MITCHELL, James, F., 1344, Nineteenth Street, Washington.
* MIXTER, Charles, 57 Clyde Street, Brookline (Mass.).
MIXTER, William, J., 180, Clyde Street, Chesnut Hill, Brookline (Mass.).
* MOSCHCOWITZ, Alexis, V., 925 Madison Avenue, New-York City.
MUDD, Harvey G., 406, Humboldt Bldg, St-Louis.

NEILSON, T. R., 1937 Chesnut Street, Philadelphia.

OLIVER, J. Chadwick, 628, Elm Street, Cincinnati (Ohio).

PECK, George, 42 Huguenot Street, New Rochelle. (1)
PERCY, Nelson, 2106, Sedgwick Street, Chicago.
PFEIFFER, Damon B., Sec. Interurban Surgical Society, 1822, Pine Street, Philadelphia.
POOL, Eugene, H., 107, East 60th Street, New-York City.
PORTER, Charles, A., 116, Beacon Street, Boston.
PORTER, Miles, 2326, Fairfield Avenue, Ford Wayne (Ind.).

* RAMSDELL, Edwin G., 667 Madison Avenue, New-York City.
* REID, Mont R., Associate Professor of Surgery, University of Cincinnati, Assistant Director of the Surgical Cincinnati General and Children's Hospital, 1908, Dexter Avenue, Cincinnati (Ohio).
RIXFORD, Emmet, 1795, California Street, San Francisco.

SCUDDER, C. L., 144 Commonwealth Avenue, Boston.
SHERWOOD, W. A., The Brooklyn Hospital, Brooklyn (N.Y.)
SISTRUNK, W. E., 806, Fourth Street, S. W., Rochester (Minn).
SPEED, Kellogg, Professor of Surgery, 122 South Michigan Avenue, Chicago.

(1) Au moment de mettre sous presse, nous avons le regret d'apprendre le décès de M. le docteur G. Peck.

STILLMAN, Stanley, Stanford University, 1824, Jackson Street, San Francisco.
STONE, H. B., 18 West Franklin Street, Baltimore.
SUMMERS, J. E., 426, Bankers Reserve Life Bldg. Omaha (Nebr.).

TAYLOR, W. J., 1825 Pine Street, Philadelphia.
TRUESDALE, Philemon, E., 151, Rock Street, Fall River (Mass.).

VAN DER VEER, Albert, Dean of the Albany Medical College, 28, Eagle Street, Albany N.Y.) (1).

VAUGHAN, G. T., 1718, I Street, Northwest, Washington.
WAINWRIGHT, Jonathan, 912, Clay Avenue, Scranton (Pa).
WALKER, J. B., 51, East 50th Street, New-York City.
WATSON, F. S., South Dartmouth, (Mass.).
WATTS, S. H., University of Virginia, Charlottesville (Virg.).
* WOOD, Alfred C., 2035, Walnut Street. Philadelphia.
WOOLSEY, G., 117, East 37th, New-York City.

YOUNG, Hugh H., Assistant Professor of Surgery, John Hopkins Hospital, Baltimore.

FINLANDE

BARDY, Henri, Chirurgien en Chef de l'hôpital Maria, Helsingfors.

FALTIN, Richard, Professeur de Chirurgie à l'Université, 6 Nowa Magasinsgatan, Helsingfors.

GRANBERG, W., Chirurgien en Chef de l'Hôpital Général, Wiborg.

FRANCE

* ABADIE, Jules, chirurgien en chef de l'Hôpital civil, 43, rue de la Vieille Mosquée, Oran.
ALBERTIN, E., chirurgien des Hôpitaux, 67, boulevard des Belges, Lyon.
ALGLAVE, Paul, professeur agrégé, 241, boulevard Saint Germain, Paris (7ème).
ANDRE, Paul, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 5 rue de Serre, Nancy.
* ARNAUD, Léonce, rue du Président Wilson, 17, Saint-Etienne.

(1) Au moment de mettre sous presse, nous avons le regret d'apprendre le décès de M. le Docteur Van der Veer.

AUVRAY, Maurice, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'Hôpital Laënnec, Avenue Victor Hugo, 186, Paris (16ème).

BARTHELEMY, Marc, 14, Faubourg Stanislas, Nancy.

BASSET, Antoine, professeur agrégé, chirurgien des Hôpi- 153, Bd. Hausmann, Paris (8ème).

BAUDET. Raoul, chirurgien de l'Hôpital Bichat, 12, rue de Berri, Paris (8ème).

BAUMGARTNER, Amédée, chirurgien de l'Hôpital de la Charité, 63bis rue de Varenne, Paris (7ème).

BAZY, Louis, chirurgien des Hôpitaux, 17 rue de Constantine, Paris (7ème).

* BEGOUIN, Paul, professeur à la Faculté de Médecine, Chirurgien des Hôpitaux, 14 rue d'Aviau, Bordeaux.

* BERARD, Leon, professeur à la Faculté de Médecine, chirurgien des Hôpitaux, 1 quai Jules Courmont, Lyon.

BODOLEC, Eugène, 11 rue Laënnec, Quimper.

BONNET, Paul, 5 place Bellecour, Lyon.

BRAINE, Jean chirurgien des Hôpitaux, 6 avenue Bugeaud, Paris (16 ème).

* BRIN, Henri, chirurgien en chef de l'Hôtel Dieu, professeur de Clinique chirurgicale, 7 avenue Turpin de Crissé, Angers. (1)

* CALVE, Jacques, chirurgien en chef de la Fondation Américaine, 2 rue de l'Est, Berck-sur-Mer.

CHARRIER, Jean, chirurgien des Hôpitaux. 29 rue Hamelin, Paris, (16ème).

CHATON, Marcel, professeur de clinique chirurgicale de l'Ecole de Médecine, chirurgien en chef de l'Hôpital, 4, rue Granvelle, Besançon.

* CHAUVIN, professeur de clinique urologique à l'Ecole de Médecine, 23 rue des Minimes, Marseille.

CHAVANNAZ. Georges, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des Hôpitaux, 5 rue Hustin, Bordeaux.

CHEVASSU, Maurice, chirurgien de l'Hôpital Cochin annexe, professeur agrégé, 1 avenue de Tourville, Paris (7ème).

CIVEL. Victor, ancien interne des Hôpitaux de Paris, 37 rue Jules Macé, Brest.

CLERMONT, 5 petite rue de la Dalbade, Toulouse.

* COSTANTINI, Henri, agrégé à la Faculté de Médecine, 20, rue de la Liberté, Alger.

COTTE, Gaston, 69 avenue de Saxe, Lyon.

---

(1) Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Brin, qui avait pris une part active au Congrès de Varsovie.

CUNEO, Bernard, professeur, chirurgien de l'Hôpital Lariboisière, 29, boulevard de Courcelles, Paris (8ème).

DARTIGUES, Louis, ancien président de la Société des Chirurgiens de Paris, 81, rue de la Pompe, Paris (16ème).

DE FOURMESTRAUX, Jacques, chirurgien de l'Hôpital, 12, rue de Beauvais, Chartres.

DELAGENIERE, Henri, ancien interne des Hôpitaux de Paris, chirurgien de l'Hôpital, 15, rue Erpell, Le Mans.

DELAGENIERE, Yves, interne des Hôpitaux, chef de clinique chirurgicale de la Faculté de Paris, 15 rue Erpell, Le Mans.

DELBET, Pierre, professeur à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'Hôpital Cochin, chef de clinique, 24, rue du Bac, Paris (7ème).

DELORE, Xavier, chirurgien des Hôpitaux, 4, Place Bellecour, Lyon.

DE MARTEL, Thierry, avenue Victor Hugo, 17, Paris (16ème).

DESCOMPS, Pierre, chirurgien de la Maison Dubois, 112 boulevard St-Germain, Paris (6ème).

DESGOUTTES, Louis, chirurgien des Hôpitaux, 10, rue Victor Hugo, Lyon.

DUJARRIER, Charles, chirurgien des Hôpitaux, 5, boulevard Malesherbes, Paris (8ème).

DUNET, Charles, 25 Shareh Soliman Pacha, Le Caire.

DURAND, Claude, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 51, rue Pierre Corneille, Lyon.

DUVAL, Pierre, professeur à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'Hôpital franco-brésilien, 119, rue de Lille, Paris (7ème).

ESTOR, Eugène, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, membre correspondant de l'Académie de Médecine, 6, place du Palais, Montpellier.

* FAURE, Jean-Louis, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'Hôpital Broca, 10 rue de Seine, Paris (6ème).

FORGUE, Emile, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, 103, avenue de Lodève, Montpellier.

FREDET, Pierre, chirurgien des hôpitaux, 3, rue Troyon, Paris (17ème).

FROELICH, René, professeur à la Faculté de Médecine, 22 rue des Bégonias, Nancy.

GATELLIER, 30 avenue d'Eylau, Paris (16ème).

GAUDIER, Henri, professeur à la Faculté de Médecine, 175, rue Nationale, Lille.

GAYET, Georges, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des Hôpitaux, 20, rue Gasparin, Lyon.

GORSE, Pierre, professeur agrégé, 42, Allées Jean-Jaurès, Toulouse.

GOSSET, Antonin, professeur à la Faculté de Médecine, chirurgien de la Salpétrière, 8, avenue Emile Deschanel, Paris (7ème).

GREGOIRE, Raymond, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 20 rue de l'Université, Paris (7ème).

GROSS, Georges, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy, 23 Quai d'Orsay, Paris (7ème).

GUYOT, Joseph, 13 rue Boudet, Bordeaux.

HAMANT, Professeur agrégé, 45, rue Gambetta, Nancy.

* HARTMANN, Henri, professeur à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'Hôtel Dieu, 4, Place Malesherbes, Paris (17ème).

HAUTEFORT, Louis, chef de clinique chirurgicale adjoint à la Faculté de Médecine, 73, rue de Courcelles, Paris (8ème).

HEITZ-BOYER, Maurice, professeur agrégé, chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis, 16, rue Spontini, Paris, (16ème).

HERTZ, Jacques, chirurgien de l'Hôpital Rothschild, 65, boulevard des Invalides, Paris (7ème).

* IMBERT, Léon, professeur à l'Ecole de Médecine, 370, rue Paradis, Marseille.

JEANBRAU, Emile, professeur à la Faculté de Médecine, 1 rue Barthez, Montpellier.

* JEANNENEY, Georges, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, 29, cours Georges Clemenceau, Bordeaux.

JOURDAN, Maurice, ancien interne des Hôpitaux de Paris, 61 rue Breteuil, Marseile.

KLEINKNECHT, Alfred, chirurgien de l'Hôpital civil, Mulhouse.

LABEY, Georges, chirurgien de l'Hôpital Lariboisière, 4, rue de Logelbach, Paris, (17ème).

* LAGOUTTE, Maurice, professeur suppléant de Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Dijon, Chirurgien de l'Hôtel Dieu, Le Creusot.

LAMBRET, Oscar, professeur à la Faculté de Médecine, 229 Boulevard de la Liberté, Lille.

* LARDENNOIS, Georges, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 4 rue Quentin Bauchard, Paris (8ème).

LAROYENNE, L., professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 1, rue Boissac, Lyon.

LAUNAY, Paul, chirurgien de l'Hôpital Cochin, 11bis rue Portalis, Paris (8ème).

LECENE, Paul, professeur à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis, 51 boulevard Raspail, Paris (6ème). (1)

LECLERC, Georges, professeur à l'Ecole de Médecine de Dijon, 9 place Saint Bernard, Dijon.

LE FORT, René, professeur à la Faculté de Médecine, 34 rue du Maire André, Lille.

LEJARS, Félix, professeur à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine, 96 rue de la Victoire, Paris (9ème).

LEMAITRE, Fernand, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chef de Service de Laryngologie de l'Hôpital Saint-Louis, 120, av. Victor Hugo, Paris 16ème.

LENORMANT, Charles, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis, Ibis, rue de Buenos-Ayres, Paris 7ème.

LERICHE, René, professeur à l'Université de Strasbour, correspondant national de l'Académie de Médecine, 19, rue J.-J. Rousseau, Strasbourg.

LOMBARD, Pierre, professeur agrégé de Chirurgie, chirurgien des Hôpitaux, professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et d'Orthopédie, 53, rue Daguerre, Alger.

MAISONNET, J., Professeur de Chirurgie de guerre au Val de Grâce, chef de Service à l'Hôpital militaire du Val de Grâce, 13, rue Alphonse Daudet, Paris, (14ème).

MARION, Albert, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'Hôpital Lariboisière, 174, boulevard Saint-Germain, Paris (6ème).

MARQUIS, Eugène, professeur de pathologie chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Rennes, chirurgien de l'Hôtel Dieu, 31, rue de Fougères, Rennes (Ille et Vilaine).

* MATHIEU, Paul, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des Hôpitaux, 74, rue Vaneau, Paris (7ème).

MERIEL, E., professeur à la Faculté de Médecine, 7, rue d'Aubusson, Toulouse.

MICHEL, Gaston, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 15, rue de Rigny, Nancy.

---

(1) Pendant l'impression de ce volume, nous avons eu la douleur d'apprendre le décès prématuré de M. le Professeur Lecène, victime de son devoir professionnel.

MICHON, Edouard, chirurgien de l'Hôpital Beaujon, 37, rue Vaneau, Paris (7ème).

MOCQUOT, Pierre, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 15, rue Daru, Paris (8ème).

MOLIN, Henri, chirurgien des Hôpitaux, 15, rue du Plat, Lyon.

MONOD, Robert, chirurgien des Hôpitaux, 9, rue de Prony, Paris (17ème).

MOULONGUET, Albert, professeur à l'Ecole de Médecine, 55, rue de la République, Amiens.

MOURE, Paul, professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux, IIbis, rue de Milan, Paris (8ème)

NOVE-JOSSERAND, Gabriel, professeur à la Faculté de Médecine, 9, rue des Archers, Lyon.

* OKINCZYC, Joseph, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des Hôpitaux, 6, rue de Seine, Paris (6ème).

OMBRÉDANNE, Louis, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des Enfants Malades, 126, boulevard Saint Germain, Paris (6ème).

* PAPIN, Félix, professeur agrégé de chirurgie, chirurgien des Hôpitaux, II cours du XXX juillet, Bordeaux.

PATEL, Maurice, professeur à la Faculté de Médecine, 3, rue du Président Carnot, Lyon.

PAUCHET, Victor, professeur à l'Ecole de Médecine d'Amiens, 37, avenue Charles Floquet, Paris (7ème).

PERRIN, Emile, chirurgien des Hôpitaux, 21, quai de Retz, Lyon.

PETIT-DUTAILLIS, Daniel, chirurgien des Hôpitaux, 3, rue César Franck, Paris (16ème).

PEUGNIEZ, Paul, professeur à l'Ecole de Médecine d'Amiens, 42, rue Fabert, Paris (7ème).

PICOT, Gaston, chirurgien des Hôpitaux, 59, rue Victor Hugo, Paris (16ème).

POULIQUEN, E., chirurgien de l'Hôpital Civil, 46,rue d'Aiguillon, Brest.

PRAT, Louis, chirurgien des Hôpitaux, 24, avenue des Fleurs, Nice.

PROUST, Robert, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des Hôpitaux, 2, avenue Hoche, Paris (8ème).

QUENU, Edouard, professeur à la Faculté de Médecine, 16, rue des Marronniers, Paris (16ème)

QUENU, Jean, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des Hôpitaux, 189, boulevard Saint-Germain, Paris (7ème).

REGAUD, Claude, directeur de l'Institut du Radium de l'Université, 1, rue Pierre Curie, Paris.

RICARD, André, chirurgien des Hôpitaux, 3, quai Jules Courmont, Lyon.

* RICHARD, André, 42, rue Desbordes-Valmore, Paris (16ème).

RICHE, Vincent, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 13, rue Baudin, Montpellier.

* ROBINEAU, Maurice, chirurgien de l'Hôpital Necker, 33, rue de Berri, Paris (8ème).

* ROCHER, Henri-Louis, professeur à la Faculté de Médecine, 91, rue Judaïque, Bordeaux.

ROCHET, Philippe, chirurgien des Hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 4, Quai Claude Bernard, Lyon.

ROUVILLOIS, Henri, médecin Inspecteur, 122, boulevard Raspail, Paris (6ème).

ROUX-BERGER, Jean-Louis, chirurgien des Hôpitaux, 8, rue des Saints-Pères, Paris (6ème).

* SAIGET, Jean, 7, rue Belle-Fontaine, Lorient.

SANTY, Paul, professeur agrégé, 1, place Gailleton, Lyon.

SCHWARTZ, Anselme, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 29, rue Auguste Vacquerie, Paris (16ème).

SEBILEAU, professeur à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'Hôpital Lariboisière, 56, rue La Boétie, Paris (8ème).

SIEUR, Célestin, Médecin Inspecteur Général, 54, Boulevard Saint Jacques, Paris (14ème).

SIMON, René, agrégé à la Faculté de Médecine, 10, rue Erckmann Chatrian, Strasbourg.

* SORREL, Etienne, chirurgien à l'Hôpital de Berck, 179, boulevard Saint-Germain, Paris (6ème).

SOULIGOUX, Charles, chirurgien de l'Hôpital Beaujon, 7, place Malesherbes, Paris (17ème). (1)

SOUPAULT, Robert, chirurgien des Hôpitaux, 28, rue Saint-Dominique, Paris (7ème).

STULZ, Edgard, chirurgien de la Polyclinique à la Faculté de Médecine, 3, rue J-J Rousseau, Strasbourg.

---

(1) Peu de temps après le Congrès, nous avons eu le regret d'apprendre le décès de M. le Docteur Souligoux.

TAVERNIER, L. professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 7, rue de Bonniel, Lyon.
TEDENAT, Emile, professeur à la Faculté de Médecine, Enclos Tissie Sarrus, Boulevard Ledru Rollin, Montpelllier.
TEMOIN, Daniel, correspondant National de l'Académie de Médecine, 6, place des Quatre-Piliers, Bourges.
THEVENOT, Léon, 101, rue de l'Hôtel de Ville, Lyon.
TIXIER, Louis, professeur à la Faculté de Médecine, 4, rue de la Charité, Lyon.
TUFFIER, Théodore, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 42, avenue Gabriel, Paris (8ème). (1)

VANVERTS, Julien, professeur à l'Université de Lille, membre correspondant de la Faculté de Médecine, 236, rue Solférino, Lille.
VEAU, Victor, chirurgien de l'Hôpital des Enfants Assistés, 50, rue de Laborde, Paris (8ème).
VIANNAY, Charles, 21, rue Trousseau, Saint-Etienne.
VIGNARD, Paul, chirurgien des Hôpitaux, 25, rue Duquesne, Lyon.
VILLARD, Eugène, professeur à la Faculté de Médecine, 6, quai Jules Courmont, Lyon.

WALTHER, Charles, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 49, rue de Courcelles, Paris (8ème).
WERTHEIMER, Pierre, chef de la Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, 129, avenue de Saxe, Lyon.
WIART, Pierre, chirurgien de l'Hôpital Lariboisière, 2, rue Phalsbourg, Paris (17ème).

GRANDE BRETAGNE ET IRLANDE DU NORD

ANDERSON, John, D. S. O., Netherwood, 333, Perth Road, Dundee.
ANDERSON, William, O. B. E., 19, Queen's Road, Aberdeen.
ARMOUR, Donald, J., C. M. G., 89 Harley Street, London, W. I.

BACK, Ivor, 4 Park Square, London, W. I.
BARLING, Seymour, 58 Calthorpe Road, Edgbaston, Birminham.
BERESFORD-JONES, Arthur, Barton Tower, Canterbury.

(1) Peu de temps après le Congrès, nous avons eu le regret d'apprendre le décès de M. le Professeur Tuffier.

BERRY, Sir James, Bramblebory, Dunsmore, Wendover, (Bucks).
* BILLINGTON, William, 58, Harborne Road, Birmingham.
BRAITHWAITE, L., 45 Park Square, Leeds.
BRISTOW, W. Rowley, 102 Harley Street. London, W. I.
BROMLEY, Lancelot, 35 Harley Street, London, W. I.
BURFIELD, J., 8 Earlham Road, Norwich.
BURGESS, A. H., Prof., C.B.E., 17 St-John Street, Manchester.
BURROWS, Harold, A., C. B. E., 6 Holly Lodge Gardens Highgate, London N/6.
CARSON, Herbert, W., 111, Harley Street, London, W.I.
CHAPMAN, G. L. Granville, Farnhurst, Grimsby.
CLARE, T. C., 192, London Road, Leicester.
CLAY, John, C.B.E., 6 Victoria Square, Newcastle-on-Tyne.
COLLINSON, H., 27 Park Square, Leeds.
COLT, G. H., 12, Bon Accord Square, Aberdeen.
CONNELL, A. M., 18 Taptonville Crescent, Sheffield.
* COOKE, Arthur, Grove Lodge, Cambridge.
COPE, V. Z., 28 Harley Street, London, W. I.
COUPLAND, J. A., 25, Park Quare, Leeds.
CUMBERLIDGE, B. J., 159 London Road, Leicester.
DAVIES-COLEY, R., C. M G., 10 Devonshire Place, London, W. I.
DOBSON, Joseph Faulkner, Professor of surgery, senior surgeon to the General Infirmery. 40 Park Square, Leeds.
DONALDSON, Malcolm. 145 Harley Street, London, W. I.
* DUNHILL, T. P., C. M. G., 54 Harley Street, London, W. I.
* EDINGTON, George H., 20 Woodside Place, Glasgow.
EDMUNDS, Arthur, C. B., 57 Queen Anne Street, London, W. I.
EDWARDS, A. Tudor, 58, Harley Street, London, W.I.
ELMSLIE, R. C., O.B.E., 1a, Portland Place, London W.1.
EVANS, John, H., 21, Parkside, Knightsbridge, London, S.W.I.
FAIRBANK, H. A. T., D. S. O., 84 Harley Street, London, W. I.
* FINCH, E. E., 442, Glossop Road, Sheffield.
FITZWILLIAMS, Duncan, C. L., C. M. G., 57, Grosvenor Street, London, W. I.
FORDSDIKE, Sidney, 5 Devonshire Place, London, W. I.
FRANKAU, C. H. S., D. S. O., 51 Wimpole Street. London, W. I.

FRASER, John, M. C., 32 Moray Place, Edinburgh.
FULLERTON, Andrew, C. B., C. M. G., 8 University Square, Belfast.

GASK, Professor George E., C.M.G., D.S.O., 4, York Gate, London, N.W.I.
GORDON-TAYLOR, O. B. E., 21 Harley Street, London W. I.
GORDON-WATSON, Sir Charles, K. B. E., 82 Harley Street, London, W.I.
GROVES, Ernest, W., Hey, 25. Victoria Square, Bristol.

HANDLEY, W. Sampson, 36 Harley Street. London, W. I.
HARRIES, D. J., 106 Newport Road, Cardiff.
HUTTON, Andrew J., 17 Newton Place, Glasgow.

IRWIN, S. T., 29, University Square, Belfast.

JEANS, Frank, 30 Rodney Street, Liverpool.
JEFFERSON, Geoffrey, 46 Birch Lane, Manchester.
JOHNSTONE, R. J., 14 University Square, Belfast.
JONES, Sir Robert, K. B. E., C. B., 11, Nelson Street, Liverpool.

KAY, Thomas, D. S. O., 3, Woodside Crescent, Glasgow.
KELLY, Robert, C. B., 80, Rodney Street, Liverpool.

LEGG, T. P., 439, Harley Street, London, W.I.
LETT, Hugh, C.B.E., 8, Lower Berkeley Street, London W.I.
LOW, W. Warren, 76, Harley Street, London, W.I.
LYNN-THOMAS, Sir John, K.B.E., C.B., C.M.G., Llwyndyrys, Llechryd (Cardiganshire).

MACDONALD, Ian, Viñas de San Pedro, Huelva (Spain).
MACEWEN, John, A.C., 3, Woodside Crescent, Glasgow, C.3.
MACRAE, Farquhar, 3, Park Circus Place, Glasgow.
MARNOCH, Prof. John, C.V.O., 28, Albyn Place, Aberdeen.
MARTIN, William, 3, Marine Parade, Penarth. (Glam.).
MILLS, P., 58, Calthorpe Road, Edgbaston, Birmingham.
MITCHELL, Alexander, 25, Albyn Place, Aberdeen.
MITCHINER, P. H., 8, Harley Street, London W.I.
MONSARRAT, K. W., 11, Rodney Street, Liverpool.
MORLEY, John, 2, St. Peter's Square, Manchester.
MORT, Spencer, Lieut.-Col., North Middlesex Hospital, Edmonton, London, N. 18.
MOYNIHAN, The Right Honorable Lord, President of the Royal College of Surgeons of England, K.C.M.G., C.B., 33, Park Square, Leeds.

NITCH, C. A. R., 69, Harley Street, London W.I.

O'MALLEY, J. F., 6, Upper Wimpole Street, London W.I.

PAGE, C., Max, D.S.O., 134, Harley Street, London W.I.
PARRY, R. H., Tomlinscote, Frimley. (Surrey).
PATERSON, Peter, 10, Sandyford Place, Glasgow.
PATRICK, John, 9, Newton Place, Glasgow.
PLATT, Harry, 26, St. John Street, Manchester.
POWER, Sir D'Arcy, K.B.E., 10, a Chandos Street, London W.I.
PRINGLE, J. Hogarth, Hyndlee, Peebles.
PYBUS, F. C., Windsor House, Jesmond Road, Newcastle-on-Tyne.

RAWLING, L. B., 16, Montagu Street, London W.I.
RAYNER, Henry, 14, St. John Street, Manchester.
RIGBY, Sir Hugh, K.C.V.O., 24, Queen Anne Street, London W.I.
ROBERTS, J. E. H., O.B.E., 26, Harley Street, London W.I.
ROGERS, Sir Lambert Charles, F.R.C.S., Edin, F.A.C.S., 24, Cavendish Street, London W.I.
ROMANIS, W. H. C., 120, Harley Street, London W.I.
ROWLANDS, R. P., O.B.E., 45, Wimpole Street, London W.I.
ROWNTREE, Cecil, 9, Upper Brook Street, London W.I.
RUTHERFURD, Henry, 20, Bute Gardens, Glasgow. (1)

SARGENT, Sir Percy, C.M.G., D.S.O., 20, Harley Street, London W.I.
SHEEN, A. W., C.B.E., Llandough House, Llandough, Cardiff.
SIMPSON, G.C.E., O.B.E., 15, Rodney Street, Liverpool.
SIMPSON, Graham, 342, Glossop Road, Sheffield.
SLESINGER, E. G., 69, Wimpole Street, London W.I.
SMITH, C. G., General Hospital, Singapore.
SMITH, Frederick, K. 1, Queen's Cross, Aberdeen.
SOUTTAR, H. E. S., C.B.E., 58, Queen Anne Street, London W.I.
STANLEY, E. G., 51, rue des Belles Feuilles, Paris (16ème).
STEVENSON, Howard, 23, College Gardens, Belfast.
SWAN, R., H., Jocelyn, O.B.E., 75, Wimpole Street, London W.I.

(1) Au moment de mettre sous presse, nous avons le regret d'apprendre le décès de M. le Docteur Rutberfurd.

THOMSON, D., Ritchie, C.M.G., John Houghton Ridge, Johannesburg (Union of South Africa).
TROTTER, Wilfred, 119, Harley Street, London W.I.
TUBBY, Colonel A. H., C.B., C.M.G., 71, Harley Street, London W.1.
* TURNER, G. Grey, « The Hawthorns », Osborne Road, Newcastle-on-Tyne.

* UPCOTT, Harold, 13, Albion Street, Hull.

WADE, Fenry, C.M.G., D.S.O., 6, Manor Place, Edinburgh.
WAKELEY, Cecil, P., 66, Harley Street, London W.1.
WALLACE, Sir Cuthbert, K.C.M.G., C.B., 25 Upper Wimpole Street, London W.1.
WALTERS, W., 5 Mortimer Place, Bristol.
WALTON, A. J., 5 Devonshire Street, London W.1.
WARD, Barnard, 9, Newhall Street, Birmingham.
WARING, Sir Holburst, J., C.B.E., 37 Wimpole Street, London W.1.
WAUGH, George E., 77 Portland Place, London W.1.
WEBB-JOHNSON, A. E., C.B.E., D.S.O., 35, Grosvenor Street, London W.1.
WILKIE, Percival, O.B.E., 9 Ainslie place, Edinburgh.
WILLAN, R., 6 Kensington Terrace, Newcastle-on-Tyne.
WOOLF, E. Mortimer, 94 Harley Street. London W.1.
WRIGHT, G., 14 St-John Street, Manchester.
WRIGHT, Henry, W. S., 46 Queen Anne Street, London W.1.

* YOUNG, Archibald, 5 Park Gardens, Glasgow.
YOUNG, Ernest E., Stoneyfields, Newcastle-under-Lyme (Staffordshire).

GRECE

* ANTIPAS, André. Chirurgien en Chef de l'Hôpital Municipal, 67 rue Socrate, Athènes.

CARAYANNOPOULOS, Georges, Chirurgien en Chef de l'Hôpital « Evangelismos », 5 rue Solon, Athènes.
CATERINOPOULOS. D., Professeur à l'Université, 12 rue Edouard Laow, Athènes.

GEROULANOS, Marinos, Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Université, 35 rue Char. Trikupi, Athènes.

KOKORIS, Dimitrios, 30, rue de l'Académie, Athènes.
* KONDOLEON, Emmanuel, Professeur de Clinique Chirurgicale propédentique, 8, rue Metzovou, Athènes.

MACCAS, M., Chirurgien en chef de l'Hôpital « Evangelismos », 51, rue Kifissia, Athènes.

MACRYCOSTAS, Georges, 27, rue du 3 Septembre, Athènes.

SBAROUNIS-TRICORPHOS, N., 43, avenue Nikis, Salonique.

SOTROPAS, G., Chirurgien en Chef de l'Hôpital des Refugiés, 13, rue Notara, Athènes.

IRLANDE

GILL, Frederick, F.R.C.S.I., 32, Lower Baggot Street, Dublin.

MC CONNELL, Adams A., F.R.C.S.I., Professor of Surgery Royal College of Surgeons Ireland, 75, Merrion Square, Dublin.

* MEADE, Harry, Professor of Systemic Surgery, Surgeon St. Vincent Hospital, F.R.C.S.I., 9 Fitzwilliam Place, Dublin.

O'MALLEY, Michael, F.R.C.S., University College, Galway.

PRINGLE, Seton, S., O. B. E., F.R.C.S.I., 7, Fitzwilliam Place, Dublin.

STONEY, R. A., F.R.C.S.I., Vice-President Royal College of Surgeons in Ireland, 55 Fitzwilliam Square, Dublin.

TAYLOR, Sir William, F.R.C.S.I., 47 Fitzwilliam Square, Dublin.

WHEELER, Sir William de Courcy, F.R.C.S.I., 33 Upper Fitzwilliam Street, Dublin.

ISLANDE

* EINARSSON, Höfda, Reykjavick.

* MATTHIASSON, Steingrimur, Akureyri.

THORODDSEN, Professeur à l'Université, Reykjavick.

ITALIE

* ALESSANDRI, Roberto, Direttore della Clinica Chirugica della R. Università, 31/33 Via G-B Morgagni, Roma.

---

(1) A noter le nombre particulièrement élevé de nos collègues italiens qui nous ont fait le plaisir d'assister au Congrès.

ANTONUCCI, Cesare, Libero Docente, Chirurgo Primaro degli Ospedali, 19 Via G-B Morgagni, Roma.

ANZILLOTTI, Giulio, Libero Docente, Chirurgo Primario dello Ospedale Civile, 125, Corso Amedeo, Livorno.

APERLO, Giovanni, Libero Docente, Assistente Clinica Chirurgica R. Università, 16, via Telesio, Milano, 126.

ARTOM DI SANT' AGNESE, Valerio, Libero Docente di Ostetricia e Ginecologia, 17a, via Po, Roma.

ASCOLI, Manfredo, Libero Docente, Aiuto Clinica Chirurgica, R. Università, Roma.

BAGGIO, Gino, Professore di Patologia Chirurgica, R. Università, Cagliari.

* BAGOZZI, Girolano, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Maggiore, 14 via Lamarmora, Milano.

BASTIANELLI, Pietro, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Alberti, San Giovanni, Val d'Arno (Arezzo).

BASTIANELLI, Raffaële, Libero Docente, 2, via dei Villini, Roma.

* BEDARIDA, Vittorio, Aiuto Chirurgo Ospedale San Giovanni, 52, via Maria Vittoria, Torino.

* BIANCHERI, Antonio, Libero Docente, 17, via Lodovico Ariosto, Reggio Emilia.

BINAGHI, Roberto, direttore della Clinica Chirurgica della R. Università, 39, via Sassari, Cagliari.

BOBBIO, Luigi, Libero Docente, Chirurgo Primario degli Ospedali, 66, via Sacchi, Torino.

BOLOGNESI, Giuseppe, Professore di Patologia Chirurgica. R. Università, 39, via Sassari, Cagliari.

BONANOME, Luigi Achilles, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Infantile Roma, 142, Via dei Gracchi, Roma.

* BORGHI, Mario, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Maggiore, Lodi.

* BRANCATI, Raffaele, Libero Docente, Aiuto Clinica Chirurgica, R. Università. 52 Via Basento, Roma.

BUFALINI, Maurizio. Liberto Docente. Aiuto Clinica Chirurgica, R. Università, Pisa.

BURCI, Enrico, Direttore della Clinica Chirurgica della R. Università, 3, Viale Bernardo Segre, Firenze.

* CALZAVARA, Domenico, Libero Docente, Chirurgo Primario, Ospedale Civile, 1 via Regina Margherita, Treviso.

CAPPELLI, Lorenzo, Libero Docente, Chirurgo Primario, Ospedale Civile, 24, via Fazioli, Ancona.

* Cascino, Rosario, Libero Docente, Direttore del Sanatorio Chirurgico, Modica (Siracusa).
* Castigliola, Orlando, Direttore dell' Ospedale Militare Vittorio Emanuele III, Tripoli d'Africa.
Castiglioni, Giovanni, Professore di Patologia Chirurgica, R. Università, 2 Bastioni Magenta, Milano.
Caucci, Alberto, Libero Docente, Chirurgo Primario, Ospedale Infantile, villa Maria, via della Vittoria, Ancona.
Cermenati, Attilio, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Civile, Teramo.
* Chiarolanza, Raffaele, Libero Docente, 3, Via Constantinopoli, Napoli.
* Chiasserini, Angelo, Libero Docente, Chirurgo Primario, Ospedale Civile, Venezia.
Ciminata, Antonio, Libero Docente, Aiuto Clinica Chirurgica, R. Università, 1 via San Vito, Torino.
Crosti, Franco, Chirurgo Primario Ospedale Maggiore, 39 via Donizzetti, Milano.

D'Agata, Giuseppe, Professore della R. Università, Direttore della Clinica Chirurgica, Gran Ospedale Piemonte, Messina.
D'Agostino, Franceso, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Civile, Imola.
Dal Collo, Pier Giovanni, Assistente Clinica Chirurgica, R. Università, 28 via Larga, Milano.
Dalla Vedova, Riccardo, Professore di Clinica Traumatologica e Ortopedica, R. Università, 12, via Varese, Roma, 21.
De Fabi, Achille, Chirurgo Primario degli Ospedali, 35, Via G-B Morgagni, Roma.
De Francesco, Donato, Chirurgo Primario, Ospizio Marino, 20 a, Via Erizzo, Lido.
* De Gaetano, Luigi, Professore di Ortopedia, R. Università, 16 via Roma, Napoli.
* Delitala, Francesco, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Civile, 5125, Via Largo P. Lorenzo, Venezia.
D'Este, Almerico, Chirurgo Primario Ospedale Civico, 10 via Carducci, Trieste.
D'Este, Stefano, Chirurgo Primario e Ginecologo Ospedale Civile, Crema.
Dominici, Leonardo, Direttore della Clinica Chirurgica, R. Università, Perugia.
* Donati, Mario, Direttore della Clinica Chirurgica R. Università, 64, Corso Galileo Ferraris, Torino.

* DURANTI, Luigi, Libero Docente, 9, via Bixio, Pisa.
* EGIDI, Guido, Libero Docente, Chirurgo Primario degli Ospedali, 70 via di Pietra, Roma.
* FALCONE, Roberto, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Civile, Cosenza.

FASIANI, Gian Mario, Direttore della Clinica Chirurgica della R. Università, Padova.

FICHERA, Gaetano, Professore di Patalogia Chirurgica, R. Università, Pavia.

FIORI, Paolo, Direttore della Clinica Chirurgica R. Università, Modena.

* FORNI, Gherardo, Professore Incarito di Patologia chirurgica, R. Università, 5, Via San Giorgio, Bologna.

FRATTIN, G., Libero Docente, 18 Via Giardini, Modena.

* GAMBERINI, Carlo, Libero Docente, Chirurgo Primario degli Ospedale, 27, via Indipendenza, Bologna.
* GANGITANO, Carlo, Libero Docente, 25 Via Principe Belmonte, Palermo.
* GIORDANO, Davide, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Civile, 1574, San Leonardo, Venezia.
* GUSSIO, Sebastiano, Professore di Patologia Chirurgica, R. Università, 20 Via Regina Margherita, Catania.

JURA, Vincenzo. Libero Docente, Aiuto Clinica Chirurgica, R. Università, Roma.

LENZI, Luigi, Libero Docente, Direttore dell' Ospedale Italiano, Buenos-Ayres (Republica Argentina).

LEOTTA, Nicolà, Direttore della Clinica Chirurgica della R. Università, Bari.

LUCCARELLI, Vicenzo, Libero Docente, Chirurgo Primario dell' Ospedale Civile, Viadana (Mantova).

* LUSENA, Gustavo, Libero Docente, Chirurgo Primario, Ospedale Civile Sanpierdarena, 6 via Albaro, Genova.
* LUXARDO, Augusto, Chirurgo Primario Ospedale Civile, 1, Piazza Vittorio Emanuele II, San Dianele del Friuli (Udine) (1).

MAIOCCHI, Andrea, Professore Incar. di Semiotica Chirurgica alla R. Università, 80, Corso Porta Romana, Milano.

---

(1) Au moment de mettre sous presse, nous avons eu le pénible surprise d'apprendre le décès de M. le Docteur Luxardo que nous avions eu le plaisir de voir plein de santé assister au Congrès de Varsovie.

MARAGLIANO, Dario, Professore Incarito di Patologia Chirurgica, R. Università, 39, via Galata, Genova.

MARGARUCCI, Oreste(Chirurgo Primario degli Ospedali, Libero Docente, 5 Via dei Barbieri, Roma.

MARINO, L. A., Chirurgo dell' Ospedale Italiano, 882 Calle Arenales, Buenos-Ayres (Republica Argentina).

* MAROGNA, Pietro, Professore di Patologia Chirurgica della R. Università, Modena.

* MASNATA, Giovanni, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Civile, 16, via Depretio, Stradella.

MATTOLI, Aristide, Libero Docente, Chirurgo Primario dell' Ospedale Civile, Chieti.

* MIONI, Guiseppe, Libero Docente, Chirurgo Primario dell' Ospedale, Villa Elena, Via Trento e Trieste. Foligno.

MORONE, Giovanni, Professore di Patologia Chirurgica, R. Università, Siena.

MUSCATELLO, Giuseppe, Direttore della Clinica Chirurgica R. Università, Catania.

MUZI, Saturno, Chirurgo Primario degli Ospedali, 16, via Zanardelli, Roma.

NASSETTI, Francesco, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Civile, Ferrara.

NIGRISOLI, Bartolo, Direttore della Clinica Chirurgica R. Università, 1 Piazza San Martino, Bologna.

NIOSI, Francesco, Libero Docente, 27 via Lavagna, Pisa.

ODESCALCHI, Innocenzo, 18, via Statuto, Milano.

PAOLUCCI. Raffaele, Direttore della Clinica Chirurgica della R. Università, Parma.

* PASCALE, Giovanni, Direttore della Clinica Chirurgica della R. Università, 16 Via Roma, Napoli.

PELLEGRINI, Augusto, Libero Docente, Direttore dell' Ospedale Mellini, Chiari (Brescia).

PENNISI, Alessandro, Libero Docente, 18 Via Cavour, Messina.

PEREZ, Giovanni, Professore di Patologia Chirurgica, R. Università, 247 via Merulana, Roma.

PESTALOZZA, Ernesto, Professore di Clinica Ostetrico Ginecologica, R. Università, 36 Via Zanardelli, Roma.

* PIERI, Gino, Libero Docente, Chirurgo Primario, Ospedale Civile, Belluno.

PORTA, Slvio, Libero Docente, Chirurgo Primario, Ospedale Civile, Sulmona.

POTOTSCHNIG, Giorgio, Chirurgo Primario Ospedale Civile, 6 Piazza Castello, Vicenza.

PUCCINELLI, Vittorio, Libero Docente, Chirurgo Primario, degli Ospedali, 3, Piazza San Pantaleo, Roma.

PURPURA, Francesco, Professore di Patologia Chirurgica, R. Università, 57, via F. Crispi, Palermo.

PUTTI, V., Istituto Rizzoli, Bologna.

PUTZU, Francesco, Libero Docente, Chirurgo Primario, Ospedale Civile, 2, Corso Vittorio Emanuele III, Cagliari.

RAZZABONI, Giovanni, Professore di Patologia Chirurgica, R. Università, Parma.

ROLANDO, Silvio, Libero Docente, Chirurgio Primario Ospedale Pammatome, 16, via Maragliano, Genova.

RONCALI, B. Demetrio, Professore di Patologia Chirurgica, R. Università, Policlinico alla Sapienza, Napoli.

* ROSSI, Baldo, Direttore della Clinica Chirurgica della R. Università, 1 via Spiga, Milano.

* ROSSI, Felice, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Civile, 60, via Garibaldi, Aquila. (1)

* ROSSI, Franco, Aiuto Chirurgo Ospedale Maggiore, 12 via Ausonio, Milano 16.

* SANTORO, Giuseppe, Libero Docente in Ostetrica e Ginecologia, via Isonzo, Cosenza.

* SBROZZI, Marcello, Libero Docente. Chirurgo Primario, Ospedale Santa Croce, Fano.

* SCALONE, Ignazio, Libero Docente, Aiuto Clinica Chirurgica R. Università, 37, via F. Corridani, Milano.

SCHIASSI, Benedetto, Libero Docente, 130, via San Vitale, Bologna.

SEGALE, G. C., Liberto Docente, 1-10, Piazza Galeazzo Alessi, Genova. (1)

* SERAFINI, Giuseppe, Libero Docente, Chirurgo Primario degli Ospedali, 27 via Legnano, Torino.

* SILVESTRINI, Luigi, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Civile, 69 Corso Augusto, Rimini.

SOLARO, Giuseppe, Libero Docente, Direttore dell'Ospedale Civico, Busto Arsizio (Prov. di Milano).

SOLIERI, Sante, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Civile, 10, via Garibaldi, Forli.

---

(1) Au moment de mettre sous presse, nous avons le regret d'apprendre le décès de M. Felice Rossi que son active participation au Congrès de Varrovie n'aurait su faire prévoir, et celui de M. Segale.

STOPPATO, Ugo, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale S. Giovanni di Dio, 18, via Indipendenza, Firenze.
STROFENI, Luigi, Aiuto Clinica Chirurgica R. Università, 36 via Ospedale, Torino.

TADDEI, Domenico, Direttore della Clinica chirurgica della R. Università, 5, via Ridolfi, Pisa.
* TANDOJA, Pasquale, Radiologo, 8 Galleria Umberto, Napoli.
* TANSINI, Iginio, Direttore della Clinica Chirurgica della R. Università di Pavia, 2 Via Mascheroni, Milano.
TASCA, Piero, Chirurgo Primario, 11, via Seminario, Portogruaro (Venezia).
TORRACA, Luigi, Professore di Patologia Chirurgica, R. Università, 24, via Ospedale, Padova.
TUSINI, Giuseppe, Direttore della Clinica Chirurgica, R. Università, 1-11, via Brigita Ligura, Genova.

* UFFREDUZZI, Ottorino, Professore di Patologia Chirurgica R. Università, 25, Corso Sommeiller, Torino.

VECCHI, Arnaldo, Chirurgo Primario Ospedale Civile, 28, via San Giovanni, Piacenza.
VIGNOLO, Quinto, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Civile, 18, via San Giorgio, Lucca.

JAPON

AKAIWA, Hachirò, prof. à la Faculté Impériale de Kyushu.
AKIYAMA, Renzo, Général Direktor der Militaeraerztlichen Schule, Tokio.
AKUTSU, Saburo, Direktor des Akutsu-Hospitals, Sendagaya machi 892, Tokiofu.
AOYAMA, Tetsuzo, Direktor der Chir. Klinik der Kaiserlichen, Tokio-Universitaet, Tokio.

GOTO, Shichiro, prof. à l'Univ. Impériale de Kyushu,

HATA, Benzò, Direktor des Hata-Hospitals Sapporoshi Hokkaidó.
HAYASHI, Akira, Direktor des Hayashi-Hospitals, Tsukiji Kiobashiku, Tokio.

ISHIKAWA, Noburo, Direktor der Chir. Universitaetsklinik, Kanazawa.
ISHIYAMA, Fukujiro, Ausserordentlicher Professor der ersten Chir. Kinik der Kaiserlichen Kyushu Universitaet, Kyushu.

ISOBE, Kiyemon, prof. à l'Univ. Impériale de Kioto.
ITO, Hiromu, Direktor der orthopaedischen Klinik der Kaiserlichen Kioto Universitaet, Kioto.
IWANAGA Hitoo, Direktor der Chir. Universitaetsklinik zu Osaka.
IWASAKI, Koshiro, Generalstabsarzt, Professor der Militaeraertzlichen Schule zu Tokio.
IZUMI, Gorò, prof. à la Faculté de Okayama.

JINNAKA, Seichi, Dir. der Orthopaedischen Klinik der Kaiserlichen Kyushu-Universitaet, Kyushu.

KAWAMURA, Kioichi, Direktor des Kawamura-Hospitals, Kioto.
KINOSHITA, Mashuo, Direktor der Chir. Universitaetsklinik, Kumamoto.
KONDO, Tsuyushige, Dir. des Surugadai-Hospital Kanda, Tokio.
KOYANO, Kohei, Direktor der Chir. Universitaetsklinik, Nagashaki.
KUMANOMIDO, Susumu, Direktor der Chir. Universitaetsklinik, 6, Shimohonda machi, Kanazawa
MAEDA, Tomoshuke, Dir. des Mayeda-Hospital, Kojimachiku, Tokio.
MATSUI, Gompei, Dir. der chir. Klinik der Kaiserlichen Keijo-Universitaet, Keijo
MIYAKE, Hayashi, Ehren-Professor der Kaiserlichen Kiushu-Universitaet, Ashiya asa Tsutani, 1440, Mukogun, Hiogoken.
MOCHIZUKI, Naturo, Dir. der chir. Klinik Kyoto Furitzu-Ikadaigaku, Kyoto.
MOTEKI, Kuranoshuke, Dir. der Chir. Klinik der Keio-Universitaet, Tokio.
MOTOSHIMA, Itiro, Dir. der chir. Universitaetsklinik, Niigata.

NAKATA, Mizuko, Directeur de la Clinique Chirurgicale de Niigata.
NISHIKAWA, Yoshihide, Dir. der chir. Klinik der Kaiserlichen Hokkaido-Universitaet, Hokkaido.
* NOGUCHI, Yusaburo, Dir. des Noguchi-Hospitals zu Beppu, Oitaken.

OTSUKI, Kikuo, Ausserordentlicher Prof. der Chir. Klinik der Kaiserlichen Tokio-Universitaet, Tokio.

SAITO, Makoto, Dir. der chir. Universitaetsklinik zu Aichi, Nagoya.
SATO, Seiichiro, Dir. der chir. Abteilung des Juntendo-Hospital, Tokio.
SATO, Tatsujiro, Dir. des Juntendo-Hospitals, Tokio.
SAWAMURA, Shigemi. Dir. der chir. Abteilung des Roten-Kreus-Hospitals, Osaka.
SEKIGUCHI, Shigeki, professeur à l'Université Impériale de Tóhoku.
SEO, Teshin, Dir. der chir. Universitaetsklinik, Chiba.
SHIOTA, Hiroshige, prof. à l'Université Impériale de Tokio.
SOESIMA, Yoshiro, Dir. des Kinen-Hospitals zu Kokura, Fukuokalen.
SUGIMURA, Shichitaro, professeur à l'Université Impériale de Tóhoku.
SUMITA, Mashao, Dir. des Sumita-Hospitals Higashiku Noninbashi, Osaka.
SUZUKI, Masatsugu, Dir. der chir. Abteilung von Hyogo-Kenritzubyoin, Kobe Hyogoken.

TAKAGI, Kenji, Dir. der orthopaedischen Klinik der Kaiserlichen Tokio-Universitaet, Tokio.
TAKAKI, Baron Yoshihiro, Dir. der Jikei-Ikadaigahu, Tokio
TAKAHASHI, Nobuyoski, Dir. der chir. Universitaetsklinik, Chiba.
TASHIRO, Yoshinori, Ehrenprofessor der Kaiserlichen Tokio-Universitaet, 61 Shitayaku Neribeicho, Tokio.
* TORIKATA, Ryuso, prof. à l'Université Impériale de Kioto, 82, Okazahi iriecho, Tokio.
TSUDA, Seiji, Dir. der chir. Universitaetsklinik, Okayama.

* UEMURA, Usaburo, Dir. der Eisenfabrikamts-Hospitals zu Yawata Fukuokaken.

YANAGI, Soichi, Dir. der chir. Klinik der Kaiserlichen Hokkaido-Universitaet, Hokkaido.

LETTONIE

MINTZ, Wladimir, 45-47, Elisabetes iela, Riga.
* STRADIN, P., 62, Kalneciem iela, Riga.

NORVEGE

BACKER-GROENDAHL, Niels, 10 Haukelandsvej, Bergen.
BULL, 26 Incognitogate, Oslo.

CAPPELEN, Christian, Nidaros.

HENRIKSEN, Paul, 6 Mariegate, Oslo.
HOLST, Alexander, Oslo.

INGEBRIGTSEN, R., agrégé de l'Université d'Oslo, Chirurgien de l'Hôpital, Stavanger.

MAGNUS, Vilhelm, 9 Uranienborgveien, Oslo.

NICOLAYSEN, J., Professeur, 43, Oskargate, Oslo.

PAUS, Nikolaï, Chirurgien de l'Hôpital, Tönsberg.

SANDBERG, J., Bergen.
SCHILLING, H., Oslo.
SMIT, Laurens, Bergen.

WIDEROE, Sofus, Oslo.

PAYS-BAS

BACKER, Jakob, Chirurgien du « Tesselschade Hospitaal », 550 Keizersgracht, Amsterdam.
* BAKKER, Anton, 37, St-Franciscusweg, Heerlen (Limburg).
BEUKERS, A. C. M., 148 Spoorlaan, Tilburg.
* BOEVE, H., 95 's Gravendijkwal, Rotterdam.

CHARBON, G., 30 Parkstraat, Arnhem.

DE BRUINE-GROENEVELD, V. J. R., 34, Rapenburg, Leiden.
DE GRAAFF, J., 162, Fok, Heerenveen.
DE GROOT, S. B., 11, Louise de Colignyplein, Den Haag.
DUQUESNE, J., Roermond.

FOCKENS, P., 17, Kloosterwandstraat, Rotterdam.

GOEDHUIS, J., chirurgien de l'Hôpital Municipal, 6, Kapjeswelle, Deventer.

* HUSTINX, Edward, 21 Saroleastraat, Heerlen.

JESSURUN, M., ancien interne des Hôpitaux, 4, Raamsingel, Haarlem.
* JOOSTEN-HATTINCK, J. Ph., 44, Wagenweg, Haarlem.

KAPPERS, Adrien, C., 9, Zuiderdiep, Groningen.
* KOCH, C. F., 47, Heerengracht, Middelburg.
KOCH, E., 83, Zuidwal, Den Haag.
KOPP, James George, chef de clinique thérapeutique chirurgicale de l'Université, 46 Jan Luykenstraat, Amsterdam.
KREKEL, C. Th., 142, Reguliersgracht, Amsterdam.
* KUYJER, J. H., 8, Koninginnegracht, Den Haag.

LYCKLAMA-A-NYEHOLT, 75, Twaalf Apostelenweg, Nimeghen.

MAASLAND, H., chirurgien de l'Hôpital de la Croix Rouge, 75 Sweelinkplein, Den Haag.

MAC GILLAVRY, D., ancien interne de la clinique chirurgicale, 9, J. W. Brouwersplein, Amsterdam.

* MICHAEL, P. R., chirurgien en chef de l'Hôpital Eudoxia, 231, Mathenesserlaan, Rotterdam.

NOORDENBOS, W., 10, Emmaplein, Amsterdam.

* OFFERHAUS, H. K., Villa Zonneheuvel, Schalkhaar.

* OIDTMAN, A., chirurgien en chef à l'Hôpital des catholiques, 6, Houthorststraat, Amsterdam.

PIMENTEL, M. H., 16 Sarphatikade, Amsterdam.

* POLAK, M., 25 Frankelslag, Den Haag.

RENSSEN, W., 10, Utrechtstraat, Arnhem.

RUTGERS, M., chirurgien de l'Hôpital des Catholiques, 20, Lange Vijverberg, La Haye.

RUYS, C. L. W., directeur de la Policlinique de Chirurgie et d'Urologie, 16 Van Eedenstraat, Haarlem.

* SCHEFFELAAR-KLOTS, Petrus, ex-directeur de l'Hôpital des Femmes de Haarlem, 176 Bloemendaalschweg, Overeen.

* SCHOEMAKER, J., chirurgien de l'Hôpital Municipal de La Haye, 84 Oude Weg, Scheveningen.

SCHOUTE, D., Wassenaar (près La Haye).

SIKEMEIER, E. W., 42 Parkstraat, Arnhem.

STAVERMAN, 18 Hout Kade, Vlissingen.

TEN HORN, C., 20, St-Annastraat, Nymeghen.

VAN CAMPEN, J., ancien interne de la clinique chirurgicale, 129 Van Eeghenstraat, Amsterdam (1).

VAN DEN HORN-VAN DEN BOS, chirurgien de l'Hôpital, 9 Oranjesingel, Nymeghen.

VAN DER GROOT, D. H., 4 Sweelinkstraat, Den Haag.

* VAN NES, C. P., 1, Heeresingel, Groningen.

VAN WOERDEN, J., Crabethstraat, Gouda.

ZAAIJER, J. H., professeur de clinique chirurgicale à l'Université, 39, Stationsweg, Leyden.

---

(1) Au moment de mettre sous presse, nous avons le regret d'apprendre le décès de M. le Docteur J. Van Campen.

PEROU

ALJOVIN, Miguel, Professore de la Facultad de Medicina, Lima.

BELLO, Eduardo, Professore de la Facultad de Medicina, 519 Calle Negreiros, Lima.

DENEGRI, Juvenal, Professore de la Facultad de Medicina, 289, Calle de Mogollon, Lima.

GASTANETA, Guillermo, Professore de la Facultad de Medicina, Lima.

VILLARAN, Carlos, Professore de la Facultad de Medicina, 467, avenida Alfonso Ugarte, Lima.

POLOGNE

* AMBROZEWICZ, Alexandre, Chef de Clinique à la Clinique Chirurgicale de l'Université, 29 ul. Piekna, Warszawa.

* BURSCHE, Emil, Chirurgien en Chef de l'Hôpital Evangélique, 3 ul. Wierzbowa, Warszawa.

* BUTKIEWICZ, Thadée, Chirurgien en Chef de l'Hôpital de la Transfiguration, 3, Malackowsiego, Warszawa.

* BYLINA, Stanislas, Assistant à la Clinique Chirurgicale de l'Université, 1 ul. Dluga, Poznan.

* DEGA, Wiktor, Assistant à la Clinique Orthopédique de l'Université, 7, Gasiorowskich, Poznan.

* DZIEMBOWSKI, Sigismond, Chirurgien en Chef de l'Hôpital Municipal, 52 ul. Sniadekich, Bydgoszcz.

* ERLICH, Eugène, 10 ul. Sienkiewicza, Warszawa.

* FILIPOWICZ. Ladislas, Chirurgien de l'Hôpital Evangélique, 2 ul. Nowo-Senatorska, Warszawa.

* FRYSZMAN, Alexandre, 13 ul. Graniczna, Warszawa.

* GLATZEL, Jean, Professeur agrégé de Chirurgie à la Faculté, 14 ul. Panska, Kraków.

* GOLAKOWSKI, Jean, 14 ul. Krucza, Warszawa.

* GOLDMAN. Antoine, Chirurgien en Chef de l'Hôpital Municipal, Nowogrodzka, 20, Varsovie.

* GOLDSTEIN, Paul, 22 ul. Zielna, Warszawa.

GRUBELSKI, Jean, Chef de Clinique à la Clinique Orthopédique de l'Université, 7 ul. Gasiorowskich, Poznan.

* GRUCA, Adam, Agrégé de Chirurgie à la Faculté, 3 ul. Sobieskiego, Lwów.
* GURBSKI, Stanislas, Général de Brigade, 4 ul. Kredytowa, Warszawa.

* HILAROWICZ, Henri, Agrégé de Chirurgie à la Faculté, 38 ul. Zyblikiewicza, Lwów.
* HORODYNSKI, Witold, Chirurgien en Chef de l'Hôpital Militaire, 34 ul. Nowogrodzka, Warszawa.

* JAKIMIAK, Boleslas, Chirurgien en Chef de l'Hôpital de la Transfiguration, 56 ul. Chmielna, Warszawa.
* JURASZ, Antoine, Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté, 10 ul. Jasna, Poznan.

* KACZYNSKI, Casimir, Chef de Clinique à la Clinique Chirurgicale de l'Université, 2 ul. Wilcza, Warszawa.
* KALINOWSKI, Jean, 29 ul. Krucza, Warszawa.
* KESSEL, Casimir, 15 ul. Wspólna, Warszawa.
* KOLODZIEJSKI, Jean, 10 ul. Czackiego, Warszawa.
* KOWALSKI, Ladislas, Chirurgien en Chef de l'Hôpital des Pères Bonifratres, Katowice.
* KROTOSKI, Jean, Assistant à la Clinique Chirurgicale de l'Université, 1 ul. Dluga, Poznan.
* KRYNSKI, Léon, Professeur de Chirurgie Opératoire à la Faculté, 15 ul. Smolna, Warszawa.
* KUMMANT, Alexandre, Chirurgien en Chef de l'Hôpital Evangélique, 260 ul. Piotrkowska, Lódz.

* LAPINSKI, Venceslas, Professeur agrégé de Chirurgie à la Faculté, 51 ul. Jerozolimska, Warszawa.
* LATKOWSKI, Michel, 22 ul. Piekna, Warszawa.
* LESNIOWSKI, Antoine, Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté, 10 ul. Widok, Warszawa.
* LUBELSKI, Maurice, Chirurgien en Chef de l'Hôpital Israélite. 43 ul, Jerozolimska, Warszawa.

* MAZUREK, Joseph, 38 ul. Chmielna, Warszawa.
* MEISSNER, Alfred, Professeur agrégé de Chirurgie à la Faculté, 14 ul. Mokotowska, Warszawa.
* MICHEJDA, Kornel, Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté, 1 ul. Cicha, Wilno.

MIECZKOWSKI, Léon, Agrégé de Chirurgie à la Faculté, Chirurgien en Chef de l'Hôpital des SS. de Ste Elisabeth, 1-2 ul. Lakówa, Poznan.

* MOSSAKOWSKI, Jean, Agrégé de Chirurgie à la Faculté, 70 ul. Koszykowa, Warszawa.

* NIEWIADOMSKI, François, Assistant à l'Hôpital de la Transfiguration, 73 ul. Marszalkowska, Warszawa.

* NOWAKOWSKI, Casimir, Agrégé de Chirurgie à la Faculté, Chirurgien en Chef de l'Hôpital Municipal, 2 ul. Rzeczypospolitej, Poznan.

* OPACKI, Casimir, 16 ul. Nowowiejska, Warszawa.

* OSTROWSKI, Thadée, Professeur agrégé de Chirurgie à la Faculté, 5 ul. Romanowicza, Lwów.

* POMPER, Jean, 15 ul. Zielna, Warszawa.

* RADLINSKI, Sigismond, Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté, 12 ul. Brzozowa, Warszawa.

RASZEJA, Jean, Assistant à la Clinique Orthopédique de l'Université, 7 ul. Gasiorowskich, Poznan.

RECHNIOWSKI, Jean, 6 ul. Zelazna, Piotrków.

RODZINSKI, Richard, Chirurgien en Chef de l'Hôpital Municipal, 2 ul. Asnyka, Lwów.

* ROGOZINSKI, Casimir, 6 ul. Smolna, Warszawa.

* ROUFF, Stanislas, Chirurgien des Hôpitaux, 8 ul. Slowackiego, Lwów.

* RUTKOWSKI, Maximilien, Professeur de Clinique Chirugicale à la Faculté, 6 ul. Basztowa, Kraków.

* RUTKOWSKI, Georges, 1 ul. Lwówska, Warszawa.

* SAWICKI, Bronislas, Professeur agrégé de Chirurgie à la Faculté, 16 ul. Bracka, Warszawa.

* SCHRAMM, Hilaire, Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté, 19 ul. Kraszewskiego, Lwów.

SKUBISZEWSKI, Félix, Assistant à la Clinique Chirurgicale de l'Université, 1 ul. Dluga, Poznan.

* SLAWINSKI, Zdzislaw, Chirurgien des Hôpitaux, 48 ul. Nowogrodzka, Warszawa.

* SOLMAN, Thomas, 49, Jerozolimska, Warszawa.

* STANKIEWICZ, Czeslaw, Chirurgien de la Maison de Santé « Zdrowie », 3 ul. Zlota, Warszawa.

* SZARECKI, Boleslas, Colonel, Chef du Service de Chirurgie à l'hôpital de l'Ecole Militaire Supérieure, 1, ul. Piekna, Warszawa.

* SZERSZYNSKI, Bronislas, Professeur agrégé de Chirurgie à la Faculté, 2 ul. Mokotowska, Warszawa.

* SZPER, Joseph, Assistant à l'Hôpital de l'Enfant Jésus, 19 ul. Nowogrodzka, Warszawa.
* SZPILMAN, Conrad, 22, ul. Sienna, Warszawa.
TUERSCHMID, S., Chirurgien en Chef de l'Hôpital Municipal, Nowy Targ.
* TYMIENIECKI, Edward, Chirurgien en Chef de l'Hôpital de St. Roch, 36, ul. Piekna, Warszawa.

* WELMAN, Roman, 16 ul. Szopena, Warszawa.
* WERTHEIM, Alexandre, Chirurgien en Chef de l'Hôpital Israélite, 75 al. Jerozolimska, Warszawa.
* WIERZEJEWSKI, Irénée, Professeur de Clinique Orthopédique à la Faculté, 10 ul. 27 Grudnia, Poznan.
WINTER, Stanislas, Assistant à la Clinique Chirurgicale de l'Université, 1 ul. Dluga, Poznan.
* WITKOWSKI, Edouard, Assistant à l'Hôpital de la Transfiguration, 5 ul. Warecka, Warszawa.
* WOJCIECHOWSKI, Adolf, Professeur agrégé de Chirurgie à la Faculté, 2 ul. Topolowa, Warszawa.
* WRZESNIOWSKI, Ladislas, Chirurgien en Chef de l'Hôpital de la Ste Vierge Marie, 29, Aleja, Czenstochówa.

* ZAKRZEWSKI, Sigismond, 67 ul. Targowa, Warszawa.
* ZAORSKI, Jean, 30 ul. Smolna, Warszawa.
* ZEMBRZUSKI, Louis, Colonel, Directeur de l'Ecole supérieure Militaire de Médecine, 5 Sewerynów, Warszawa.

PORTUGAL

AZEVEDO, Gomes, 61 rua Garret, Lisbonne.

BASTOS, Henrique, chirurgien des Hôpitaux, 31, Largo Rafaël Bordalo Pinheiro, Lisbonne.
BASTOS, Teixeira, 245, rua Alvares Cabral, Porto.

CABECA, Custodio, professeur à l'Ecole de Médecine, 23, rua Camara Pestana, Lisbonne.
COELHO, Fernando Pinto, 26 rua Ivens, Lisbonne.

DA COSTA-SACADURA, chirurgien des Hôpitaux, 69, Campo de Sant'Anna, Lisbonne.
DA FONSECA, Angelo, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, Coimbra.
D'ALMEIDA, Joao, 1216, Rua de Serrales, Porto.
DA SILVA-COUTO NOBRE, Joao, 516, Rua de Cedofeita, Porto.
DE MAGALHAES, Joao, professeur à la Faculté de Coïmbra, 3 rua de Buenos-Ayres, Lisbonne.

De Mattos, Alvaro, 5, rua de Thomar, Coïmbra.
De Mello Pestana, Gaspar, 235, rua do Almado, Porto.
De Souza, J. Salazar, professeur à l'Ecole de Médecine, 64 avenida da Republica, Lisbonne.
De Vasconcellos, Paës, chirurgien des Hôpitaux, 93, rua Alves Correia, Lisbonne.
Dos Santos, Reynaldo, chirurgien des Hôpitaux, 142 Avenida A. de Aguiar, Lisbonne.

Franchini, Julio, Chirurgien directeur du service de gynécologie à l'Hôpital St-Antoine, 315 rua Alvares Cabral, Porto.

Gentil, Francisco, professeur à l'Ecole de Médecine de Lisbonne, 12, Calçada do Sacramento, Lisbonne.
Gentil, José, professeur à l'Ecole de Médecine, 29, rua Garret, Lisbonne.
Gomes, Alberto, chirurgien des Hôpitaux, 247, rua de San Bento, Lisbonne.

Lima, Carlos, 413, Rua da Restauraçao, Porto.

Mac Bride, Alberto, chirurgien des Hôpitaux, 136, rua do Salitre, Lisbonne.
Monjardino, Augusto, professeur à l'Ecole de Médecine, chirurgien des Hôpitaux, 60, rua do Carmo, Lisbonne.
Moreira, M. A., professeur à l'Ecole de Médecine, 21 avenida Fontes Pereira de Melo, Lisbonne.

Pereira, Torres, 15, Rua Ivens, Lisbonne.

ROUMANIE

* Angelesco, C., professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, chirurgien en chef de l'Hôpital Coltzea, 11bis Strada C. A. Roseti, Bucarest.
Anghel, Paul, professeur à la Faculté de Médecine, 20 Strada Lascar Catargi, Jassy.

Balacesco, professeur de chirurgie infantile à la Faculté de Médecine, 38 Strada N. Balcescu, Bucarest.
* Bardesco, N., chirurgien honoraire de l'Hôpital Brancoveano, 27, Strada Lutherana, Bucarest.
Butoianu, M., professeur à la Faculté de Jassy, 111, Strada Stirbey-Voda, Bucarest.

Caplesco, Poenaru, conférencier à la Faculté de Médecine, 40 Strada Vasile Lascar, Bucarest.

* Chelemen, Stefan, chirurgien de l'Hôpital, Sighisoara.

* Daniel, Constantin, professeur de clinique gynécologique, chirurgien en chef de l'Hôpital Coltzea, 30, Strada N. Filipescu, Bucarest.

Frumusanu, T., 51a, Bd. J. Bratianu, Bucarest.

Georgesco, H. Gr., chirurgien de l'Hôpital « Filantropia », 25 Strada Romana, Bucarest.
Gerota, D., professeur à la Faculté de Médecine, 50 Boulevardul Ferdinand, Bucarest.
Grigoriu, Christea, professeur à la Faculté de Médecine, Clinica Gynécologica, Cluj.

Hortolomei, N., professeur à la Faculté de Médecine, 8, Strada Palade, Jassy.

Ignatesco, M., assistant à la Faculté de Médecine, 59 Strada Scaune, Bucarest.

* Jacobovici, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, 13 Strada Minerva, Cluj.
Jiano, Amza, professeur à la Faculté de Médecine, 20 Strada Nisipari, Bucarest.
* Jiano, Jean, chirurgien en chef de l'Hôpital Colentina, 52 Strada Campineanu, Bucarest.
Juvara, E., professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, 12 Strada Orlando, Bucarest.

* Leonte, chirurgien des Hôpitaux, 21 Strada Wilson, Bucarest.

* Marinesco, Gh., chirurgien des Hôpitaux, 4 Strada Armeneasca, Bucarest.

Nasta, T., chirurgien en chef des Assurances Sociales, 41 Boulevardul Domnitzei, Bucarest.

* Petrescu, directeur de l'Hôpital, Sighisoara.

* Radulesco, A. H., chirurgien en chef, directeur de l'Hôpital d'Orthopédie et de Chirurgie Infantile «Regina Maria», 17, Strada Tunarilor, Cluj.

* Tanasesco, J., professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, 22 Strada Vasile Conta, Jassy.

RUSSIE (Emigrés) (1)

ALEXINSKY, 5 avenue Frémiet, Paris.

DOBROVOLSKAIA-ZAVADSKAIA, Mme N., 49 rue Geoffroy St. Hilaire, Paris (5ème).

* FINIKOFF, Alexandre, ancien chef de service de clinique chirurgicale, cfargé de cours à l'Institut psycho-neurologique de Petrograd, ancien chirurgien en chef de l'Hôpital Oboukhoff à Petrograd, 29, avenue d'Eylau, Paris (16ème)

SUEDE

ALEMAN, Oscar. directeur de l'Hôpital Militaire, chirurgien en chef, 19 Birger Jarslgatan, Stockholm.

BERGSTROEM, Lévy, chirurgien en chef de l'Hôpital, Jönköping.

ECKMAN, Torsten, Médecin en chef de l'Hôpital de Garnison, Kristianstad.

EKEHORN, Gustaf, ancien professeur à l'Institut « Carolin », 41 Strandvägen, Stockholm.

GIERTZ, Knut Harald, chirurgien en chef de l'Hôpital Sabbatsberg, 22, Sturegatan, Stockholm.

HANSSON, Hans, Edw., chirurgien de l'Hôpital Civil, Orebro.

HANSSON, Robert, chirurgien de l'Hôpital Apelviken, Varberg.

* HYBBINETTE, Samuel, chirurgien en chef de l'Hôpital Sabbatsberg, 32 Sturegatan, Stockholm.

JOHANSSON, Sven, chirurgien en chef de l'Hôpital Sahlgren, Göteborg.

* KAIJSER, Fritz, chirurgien en chef de l'Hôpital Civil, Hernösand.

LIND, Erik, chirurgien en chef de l'Hôpital Civil, Ornsköldsvik.

LINDQVIST, Silas, chirurgien en chef du Centrallazarettet, Stocksund.

LÖFBERG, Otto, Lorens, chirurgien en chef de l'Hôpital Civil, Malmö.

LÖNNBERG, Ingolf, chirurgien en chef de l'Hôpital Civil, Karlshamm.

---

(1) Voir U . S. S.

NYSTRÖM, Gunnar, professeur à l'Université, Upsala.

OLIVECRONA, Herbert, chef de policlinique chirurgicale de l'Hôpital Sabbatsberg, 6, Grevmagnigatan, Stockholm.

PERMAN, Einar, Karolinska Institutet, 52, Sveavägen, Stockholm.

PETREN, Gustaf, professeur et chef de la clinique chirurgicale de l'Université, 3 La Fiskaragatan, Lund.

RIETZ, Torsten, chirurgien en chef de l'Hôpital Civil, Ostersund.

* TROELL, Abraham, professeur, chirurgien en chef de l'Hôpital Görau, 5 Villagatan, Stockholm.

WALLER, Eric, chirurgien en chef de l'Hôpital Civil, Lidköping.

SUISSE

BERNHARD, Oskar, gewes. Artz des Kreisspitals Samaden, St. Moritz-Dorf.

BEUTTNER, Oscar, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à l'Université, Maison Royale, Genève.

BIRCHER, Ernst, Chefchirurg an der kantonalen Krankenanstalt, Aarau.

BRUN, Hans, Privatdozent für Chirurgie an der Universität Zurich, Im Bergli, Luzern.

BRUNNER, A., Chefarzt der chirurgischen Abteilung des Kantonsspitals, 18 Dufourstrasse, St. Gallen.

BUSCARLET, Francis, 10 rue Diday, Genève.

CLAIRMONT, Paul, Prof., Vorsteher der Chirurg. Universitätsklinik, 12 Kantstrasse, Zürich.

CLEMENT, Gustave, chirurgien en chef de l'Hôpital cantonal, 8 rue Vogt, Fribourg.

DARDEL, Gustave, 59 Thunplatz, Bern.

DUNANT, Raoul, 44 Boulevard des Tranchées, Genève.

EBERLE, A., Direktor des Kantonsspitals, Münsterlingen (Thurgau).

---

(1) Au moment de mettre sous presse, nous avons le regret d'apprendre le décès de M. le Professeur O. Beuttner, dont nous avons admiré la maîtrise chirurgieale au Congrès de Gynécologie de Bruxelles en octobre dernier.

FONIO, Anton, Privatdozent, Chirurg am Bezirksspital, Schlossstrasse, Langnau.
FRITZSCHE, Ernst, Chirurg, Chefarzt am Kantonsspital, Burgstrasse, Glarus.

HAGENBACH, Ernst, Privatdozent für Chirurgie, Chirurg Chefarzt des Kinderspitals, 23 Steinenring, Basel.
HENSCHEN, Karl, Prof. der Chirurgie und Vorsteher der Chirurg. Universitätsklinik, 59 Schützenmatte, Basel.

ISELIN, Hans, Prof. extraord. der Chirurgie an der Universität, 11 Birmannsgasse, Basel.

JENTZER, Albert, Priv. Doc., 8 rue de l'Université, Genève.
JULLIARD, Charles, professeur extraordinaire, 2 rue du Rhône, Genève.

KOCHER, Albert, 25 Laupenstrasse, Bern.
KUMMER, E., Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Université, 15 avenue de Champel, Genève.

LOOSER, E., Chirurgischer Chefarzt am Kantonsspital, 36 Römerstrasse, Winterthur.
LUTHI, A. L., Chirurgischer Chefarzt, 65 Bälliz, Thun.

MACHARD, Alfred, ancien chef de clinique chirurgicale à l'Hôpital Cantonal, 16 rue Corraterie, Genève.
MARTIN DU PAN, Charles, Priv. Doc., 20, rue Senebier. Genève.
* MATTHEY, Alfred C., 3, rue Vieux Châtel, Neufchâte.l
MATTI, Hermann, Prof. extraord. der Chirurgie an der Universität, 9 Sonnenbergstrasse, Bern.
MONNIER, E., Priv. Doc. der Chirurgie an der Universität, 18 Pestalozzistrasse, Zürich.

PASCHOUD, Henri, Priv. Doc. Université, Richemont, Lausanne.
PERRET, Charles, Priv. Doc. (Lausanne), Clarens.
PICOT, Léon, 11 Place St. François, Lausanne.

* QUERVAIN, Fritz de, Prof. der Chirurgie, Vorsteher der Chirurg. Universitätsklinik, 60 Kirchenfeldstr., Bern.

* RITTER, Adolf, Priv. Doc., Chefarzt der Chirurg. Abt. der Kranken- und Diaconissen-Anstalt Neumünster, 33, Klosbachstr., Zürich.
ROLLIER, A., Prof. hon., Leysin.

ROUX, César, anc. prof. de clin. chir. et gynécol., Montbenon, Lausanne.
ROUX, Jacques, 18 Petit Chêne, Lausanne.
RUPPANER, Ernst, Chefchirurg am Kreisspital Oberengadin, Samaden.
RUSCA, Franchino, Priv. Doc. Via della Romagna, Locarno.

SCHLATTER, C. Professor der Chirurgie und Unfallmedizin, 31, Rigistr., Zürich.
SEILER, Hermann, 6 Christoffelgasse, Bern.
STEINMANN, F., Prof. extraord., 1, Alpeneckstrasse, Bern.
SUTER, Fritz, Prof. extraord., 33, Missionsstrasse, Basel.

VEILLON, E., Chirurg am Diakonissenspital, 1 Bahnhofstrasse, Riehen.
VELLA, Alfredo, 1 Via G. Curti, Lugano.
VEYRASSAT, Jean A., professeur de policlinique. 15 rue du Colombier, Genève.
VISCHER, Andreas, Priv. Doc., 21 Kanonengasse, Basel.
VULLIET, H., prof. de clin. chir. à l'Université de Lausanne, 34 avenue de la gare, Lausanne.

WALTHARD, Hermann, Priv. Doc., 47, Monbijoustr., Bern.
WILDBOLZ, Hans, Prof. extraord., 12 Finkenhubelweg, Bern.
WYDLER, A., Priv. Doc., 37 Utoquai, Zürich.

* YERSIN, Charles G., 1 rue du Rhône, Genève.

SYRIE

ALTOUNYAN, Assaouda Aran, Hopital Altounyan, Alep.
ALTOUNYAN, Ernest, Hopital Altounyan, Alep.

* CHEVALIER, Gabriel, Hôpital St. Louis, Alep.
COTTARD, Université Française, Beyrouth.
CRUISHANK, William Douglas, B.A., M.D., C.M., F.R.C.S. Edin., professor of Surgery Medical School of the American University, Beyrouth.

DORMAN, Gaylord, Harry, B.A., M.D., Professor of Obstetrics and Gynecology, Medical School of the American University, Beyrouth.

HADDAD, Sydney, Ibrahim, M.D., Associate professor of Surgery, Medical School of the American University, Beyrouth.

KHALIDI, Mustafa, M.D., Adjunct professor of Gynecology and Obstetrics, Medical School of the American University, Beyrouth.

OLIVER, S. Kenneth, M.D., adjunct professor of Rhinology and Laryngology ,Medical School of the American University, Beyrouth.

REYNANDI, Cav. Arnaldo, Ospedale Italiano, Alep.

SAAD, Najib Costantine, M.D., adjunct professor of Ophtalmology and Otology, Medical School of the American University, Beyrouth.

SUBAI, Nafy Bey. Hôpital Municipal, Alep.

WARD, Edwin, Stuart, John, B.A., M.D., F.A.C.S., D.S.C., Dean of the Medical Faculty, professor of Surgery, American University, Beyrouth.

WEBSTER, Charles, A., B.A., M.D., professor Emeritus of Ophthalmology, American University, Beyrouth.

TCHECOSLOVAQUIE

* ANTONIN, Vaclav, assistant de la première clinique chirurgicale, 499 Praha II.

* BEDRNA, Jan, assistant de la Clinique Chirurgicale du Professeur Petrivalsky, 53 Pekarska, Brno.

DAVID, Vaclav, assistant de la IIème clinique chirurgicale 18, Riegrovo Nabr. Praha II.

* DIVIS, Jiri, professeur agrégé, chef de la IIème clinique chirurgicale, 16 Stepanska, Praha II.

* FURST, Rudolf, assistant de la deuxième clinique chirurgicale, Prarske Sanatorium, Praha-Podoli.

HORAK, Josef, agrégé de chirurgie, 1 Jecna, Praha II.

* JIRASEK, Arnold, professeur de chirurgie, directeur de la 1re clinique chirurgicale à l'Université Charles, 208/38 Karoliny Svétlé, Praha I.

KAFKA, Vaclav, 2 Betlémské nám. Praha I.

KOCH, professeur de chirurgie, 42 Palisady, Bratislava.

KOSTLIVY, Stanislav, professeur de chirurgie, directeur de la clinique chirurgicale, 52 Spitalska, Bratislava.

MICHAL, Vaclav, 1, Petro Osvoboditele nám., Praha II.

* NEUWIRT, Karel, agrégé d'urologie, 2, Bratislavská, Brno.
* NIEDERLE, Bohuslav, chirurgien de l'Hôpital, Kladno.
* NOVAK, Vlad., agrégé de chirurgie, 24 Uvoz, Brno.

* PODLAHA, Josef, professeur agrégé de chirurgie à l'Université Masaryk, 3 Zelny Trh, Brno.

PETRIVALSKY, Jules, professeur de clinique, directeur de la clinique chirurgicale à l'Université Masaryk, 47 Vaclavske nam. Praha II.

* POLAK, Emmerich, assistant de la deuxième clinique chirurgicale, Prazské Sanatorium, Praha-Podoli.

POLAK, Otto, chirurgien de l'Hôpital, Cesky Brod.

REJSEK, Josef, agrégé d'urologie, 6, Jecna, Praha II.

* SAIDL., Josef, agrégé de gynécologie, Prazske Sanatorium, Praha-Podoli.

SANTRUCEK, Karel, chirurgien en chef de l'Hôpital, Prerov.

* SCHNURPFEIL, Karel, chirurgien en chef de l'Hôpital, Caslav.

* VANA, Antonin, chirurgien de l'Hôpital, Trebic.
* VILLICKA, Jaroslav, médecin en chef de l'Hôpital, Levice.

* ZAHRADNICEK, Jan, professeur agrégé, 15, Havlickovo nam, Praha II.

ZAHRADNICKY, Frantisek, Professeur de Chirurgie, la Kremencova, Praha I.

U.R.S.S.

ALEXANDROFF, W. W., 7 Bolchoi Prospect, Leningrad (Russie).

CHEVKOUNENKO, W., 8 Kirotchnaya, Leningrad (Russie).

DOBROTWORSKY, 32, Kirotschnaya, Leningrad (Russie).

FEDOROFF, Serge, professeur, 31-1 Nadesdinskaya, Leningrad (Russie).

GORACHE, Wladimir, 6, Ligovka, Leningrad (Russie).

HERZEN, Pierre, professeur de chirurgie et de clinique chirurgicale à l'Université, 5, Tverskaya Diegtiarnii, Moscou (Russie).

KORNMANN, I., directeur de la clinique chirurgicale propédentique de la Faculté de Médecine, 62, Pasteurkaya, Odessa (Ukraine).

LINDBERG, B., professeur de chirurgie à l'Université, 19 Universitetskaya, Smolensk (Russie).

OPOKINE, professeur à l'Université. Tomsk (Sibérie).

PLOTKIN, T., professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'Hôpital Municipal, 48 Gogolkaya, Krasnodar (Kouban).

RADZIEWSKY, A., 9, Treswastitel, Kiew (Ukraine).

SCHAMOFF, W. N., professeur de chirurgie, directeur de la clinique chirurgicale de l'Université, 41 Sumskaya, Charkow (Ukraine).

SCHAPIRO, Emanuel, 48 Kondratenkokaya, Odessa (Ukraine).

SIELBERBERG, I. W., 4, Trohkavo, Odessa (Ukraine).

VOLKOWITCH, Carawajenskaya, Kiew (Ukrainé).

WREDEN, Institut Orthopédique, 5 Alexandrowsky Park, Leningrad (Russie).

VENEZUELA

* CONDE-JAHN, Franz. 13 Oeste 3, Caracas.

* TRAVIESO, Carlos R., 20 rue Cujas, Paris.

YOUGOSLAVIE

BRANOVACKY, Mileta, Chirurgien de l'Hôpital militaire, 1 Jagodinska, Skoplie.

BRASOVAN, Radoslav, Assistant à la Clinique Chirurgicale, 26, Danitchitch, Belgrade.

DANITCH, Radovan, Chef du service de Chirurgie, 43, Obrenoviceva, Nich.

DAVIDOVIC, Salomon, Assistant à la Clinique Chirurgicale, 25, Strahinitcha bana, Belgrade.

GENTCHITCH, Lazare, Sanatorium Vratchar, Belgrade.

KOIEN, Leon, Chef du service de chirurgie et des voies urinaires à l'Hôpital d'Etat, 17, Miloscha Velikog, Belgrade.

* KOSANOVITCH, Bogdan, Assistant à la Clinique Chirurgicale, 18 Knez Mihajlova, Belgrade.

KOSTITCH, Milivoîe, professeur du Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine, 65, ul. Kralia Milana, Belgrade.

KRSTITSCH, Nikol, Chef du service de Chirurgie et d'Orthopédie à l'Hôpital d'Etat, Vasina, Belgrade.

NIKOLAYEVITCH, Svetozai, chirurgien à l'Hôpital Milice, 9 Carice Milice, Belgrade.

PETROVITCH, Mihailo, professeur agrégé de chirurgie à l'Hôpital Militaire, 37, ul. Bitolyska, Belgrade.

LISTE DES MEMBRES DECEDES DE 1926-1929

Belgique :	MARCELLE, Bruxelles. ROUFFART, Bruxelles. THOUMSIN, Anvers.
Brésil :	CHAPOT-PREVOST, Rio de Janeiro.
Canada :	SHEPHERD, Montreal. A. STARR, Toronto.
Danemark :	PERS, Copenhague. ROVSING, Copenhague.
Egypte :	MADDEN, Le Caire.
Espagne :	SEGOVIA, Valencia.
Etats-Unis :	ABBE, New-York. BRADFORD, Boston. BUNTS, Cleveland. J. G. CLARK, Philadelphia. HALSTEAD, Chicago. KAMMERER, New-York. MAC WILLIAMS, New-York. MURRAY, New-York. NICHOLS, Boston. PARHAM, New-Orleans. PECK, New-York. G. THOMPSON, Galveston. WARREN, Boston.
Finlande :	STRAHLE, Abo. WINTER, Helsingfors.
France :	BOECKEL, Strasbourg. CURTILLET, Alger. DEHELLY, Le Havre. F. GROSS, Nancy.

	Le Dentu, Paris.
	Perriol, Grenoble.
	Picque, Valence.
	Vautrin, Nancy.
Grande-Bretagne :	Adams, London.
	Sir Anthony Bowlby, London.
	Greer, Newport.
	H. Jones-Littler, Liverpool.
	S. Maynard Smith, London.
	Standage, Mysore.
	Thomas, Liverpool.
	Whiteloke, Oxford.
Italie :	Carle, Turin.
	Cignozzi, Grosseto.
	Rostirolla, Trente.
Japon :	Hayazo Ito, Kioto.
	Honda, Tokio.
	Nakahara, Tokio.
Pays-Bas :	Rath, Djokjakarta (Indes Néerland.).
Pologne :	Ciechomski, Varsovie.
	Dobrowlski, Varsovie.
	Lewenstern, Varsovie.
	Zawadski, Varsovie.
	Zurakowsky, Varsovie.
Suisse :	Odermatt, Zurich.
	A. Reverdin, Genève.
	J Reverdin, Genève.
Tchécoslovaquie :	Bedrich, Wsetin.
	Jedlika, Prague.
	Kukula, Prague.
U.R.S.S.	Krassintzeff, Moscou.

NOTICES NECROLOGIQUES

concernant les membres de la Société décédés de 1926 à 1929

I. — Belgique

GABRIEL MARCELLE

Le corps médical bruxellois a été douloureusement surpris à la nouvelle de la mort inopinée de M. le Docteur Gabriel MARCELLE. C'était un confrère sympathique entre tous. Travailleur infatigable, mais modeste, il a donné aux hôpitaux, où il fut successivement assistant et adjoint de chirurgie, et à sa clientèle, le meilleur de lui-même. Il était l'honneté même et on le lui connaissait que des amis. Il fut de longues années, et avec intelligence, le directeur médical de l'Ecole d'infirmières des Hôpitaux de Bruxelles. Il était chevalier de l'Ordre de la Couronne et Officier de l'Instruction Publique.

***

EDMOND ROUFFART

1855-1927

La disparition de l'illustre gynécologue a été cruellement ressentie par le corps médical belge où il ne comptait que des admirateurs et des amis.

Né à Liége, le 20 novembre 1855, docteur en médecine de l'Université de Bruxelles en 1880, docteur en sciences naturelles en 1883, préparateur du cours d'anatomie comparée, agrégé depuis 1891, médecin des pauvres et chirurgien des hôpitaux durant de longues années, ROUFFART a consacré le meilleur de son temps à la carrière hospitalière et à l'enseignement de la gynécologie. Maniant le bistouri et la parole avec une égale élégance, il a sauvé des milliers d'existences et formé de nombreuses générations d'étudiants, qui conserveront de ses leçons le plus précieux souvenir.

Fondateur de la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique, qu'il présida plusieurs fois, il avait été élu récemment président d'honneur de cette société dont il était un des membres les plus justement écoutés. Savant érudit, il a publié de nombreux travaux sur le traitement du fibrome et du cancer utérins, sur l'appendicectomie, sur le drainage abdominal. ROUFFART était membre titulaire de l'Académie Royale de Médecine de Belgique, de la Société belge de Chirurgie, de la Société internationale de Chirurgie, de la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue française, de la Société médicale belge du Radium, aux destinées de laquelle il présida depuis sa fondation ; il était membre correspondant de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris et de la Société de Chirurgie de Bucarest.

D'une activité formidable, ROUFFART trouvait le temps, malgré des occupations professionnelles absorbantes, de s'occuper avec autorité d'art, de littérature et de politique. Il fut Sénateur suppléant libéral de Bruxelles et Président des « Amis de la Langue française » à qui le prestige de sa notoriété est en grande partie redevable de sa rapide extension. Collaborateur de nombreuses revues médicales belges et étrangères, il prit une part active et remarquée à tous les congrès de langue française de ces vingt-cinq dernières années ; le magnifique discours qu'il prononça à Bruxelles à la commémoration du centenaire de Pasteur, empreint d'une haute portée philosophique, restera un symbole des qualités de droiture, de cœur et d'esprit de ce savant éminent.

ROUFFART était officier de la Légion d'Honneur, chevalier de l'Ordre de Léopold, officier de l'Ordre de la Couronne, etc.

***

AUGUSTE THOUMSIN

Le docteur Auguste THOUMSIN, est décédé à Anvers le 19 septembre 1927 à l'âge de 59 ans, des suites d'une intervention chirurgicale. Ancien adjoint du docteur Lambotte, THOUMSIN avait acquis une grande notoriété en qualité de chirurgien en chef des hôpitaux civils d'Anvers. Il était chevalier de l'ordre de Léopold. Ses collègues de la Société Internationale de Chirurgie, aux congrès de laquelle il assistait avec assiduité.

conserveront un souvenir ému de ce collègue dont la gaieté égalait la compétence professionnelle.

Sa disparition prématurée affligera cruellement les nombreux malades à la guérison de qui il se donnait sans compter.

II. — Brésil

Dr. CHAPOT PREVOST

Le Dr. CHAPOT-PRÉVOST est mort le 6 mars 1929 à 59 ans.

Le vide que le décès du maître regretté laisse dans la chirurgie nationale sera difficilement rempli, ainsi que l'ont fait ressortir les savants éminents qui délifèrent devant son cercueil.

D'une bonté extrême, d'une éducation raffinée, il charmait tous ceux qui l'approchaient ainsi qu'en témoignent les nombreux et sincères amis qu'il a laissés.

Cet esprit persévérant ne connaissait pas les difficultés et, malgré l'indifférence de son milieu, il parvint quand même à mener à bonne fin plusieurs entreprises de grande portée ; sa vie fut une leçon de persévérance et d'énergie, car diplômé en odontologie et déjà célèbre, il obtient son diplôme de médecin à l'âge de 40 ans, dans le but de perfectionner ses connaissances.

Le Professeur Chapot-Prévost était l'héritier d'un des plus grands noms de la science nationale. En 1899 il commença sa lutte en faveur de l'odontologie par la publication des « Modifications sur la technique de l'anesthésie locale, spécialement pour les extractions dentaires » ; en 1902 il a écrit un magnifique article sous le titre : « Un cas de cancer supposé ».

En 1903 il publia son remarquable travail : « Contribution à l'étude de la classification de la carie dentaire », universellement connu, plusieurs pays ayant adopté cette classification, répandue comme classification brésilienne de la carie dentaire.

A Paris, en 1911, il fit une conférence sur l'«Enseignement dentaire au Brésil », à la suite de laquelle il a conquis l'amitié de savants éminents, celle de Charles Godon entre autres a été croissant chaque année, jusqu'à la mort du grand maître français en 1923.

En 1918 il a publié un travail au sujet des « arthrites alvéolo-dentaires » et en 1920 il présenta au congrès dentaire de Montevidéo une thèse intéressante sur « Un cas odonto-tératolo-

gique » ; en 1920 il fit paraître dans la « Folha Medica », de notre ville, un article sur des « sujets odontologiques » et en 1924 il publia le « Code de la Santé », mettant au premier plan la valeur de l'hygiène bucco-dentaire et ses rapports avec l'organisme.

En 1927 son magnifique livre — « Odontotechnique en Pédiatrie » fut publié, avec préface des éminents professeurs A. Dias de Carvalho, Tanner de Abreu et Nascimento Gurgel.

Ce livre fut reçu avec des éloges exceptionnels et fut même présenté par la Congrégation de la Faculté d'Odontologie pour recevoir un prix.

En 1928 il a publié dans les « Archives Brésiliennes de Stomatologie » ses derniers travaux : «Accidents de la dentition».

Connaissant plusieurs langues et possédant une bibliothèque choisie, le Professeur Chapot-Prévost a conquis plusieurs titres honorifiques, nationaux et étrangers. Il a reçu des cercles scientifiques Nord-américains et européens qu'il fréquenta à plusieurs reprises, les plus nombreux témoignages d'admiration et de sympathie.

Comme médecin il était lauréat de la Faculté de Médecine, ayant laissé des travaux précieux, thèses, etc. Il a contribué efficacement, étant donné sa personnalité, à ce que l'odontologie bésilienne occupe un rang respectable dans le monde scientifique.

A l'époque où il pratiquait la clinique dentaire c'était lui le chirurgien-dentiste le plus renommé et possédant la meilleure et la plus grande clientèle. D'ailleurs le regretté Professeur Nascimento Gurgel a bien mis ceci en valeur dans l'appréciation qu'il a écrite en février 1927 sur le livre « Odontotechnique en Pédiatrie ».

Docteur en Odontologie de l'Ecole Libre, chef de service à l'Hôpital de la Gambôa, le Dr. Chapot-Prévost qui vient de mourir était un passionné du professorat ; il a donné à plusieurs générations des leçons vraiment brillantes et, avant sa mort, avec grande distinction, il exerçait son activité comme Professeur de Technique Odontologique à la Faculté d'Odontologie.

Plusieurs communications et discours furent prononcés par lui à l'Institut Brésilien d'Odontologie, dont il fut président pendant de longues années, et à l'Ecole Libre qu'il a fondée et où il a été professeur et directeur. Cependant ses communications et discours ne furent pas réunis en volume et leur publication a été faite au fur et à mesure de leur parution.

Il a fait plusieurs conférences à l'Association Brésilienne des Chirurgiens-Dentistes, dont il était président d'honneur, et, dernièrement il avait fondé et dirigeait lui-même l'Institut Brésilien de Stomatologie, où il faisait, pendant les séances, d'érudites causeries scientifiques inoubliables.

Il était membre du Conseil consultatif du comité exécutif du 3e Congrès Odontologique Latino-Américain, de la Fédération Dentaire Internationale, de la Société Internationale de Chirurgie, etc. Le Professeur Chapot-Prévost fut un vainqueur, tous ses désirs se sont réalisés. Il a toujours fait preuve d'une énergie et d'une volonté exceptionnelles, ne laissant jamais une attaque sans une réplique immédiate et adéquate.

III. — Canada

Dr. Francis J. SHEPHERD
1851-1929

Dr. Francis J. Shepherd passed away very suddenly, while reading his morning paper, on the 18th January 1929, in his 78th year. He was Emeritus Dean and for thirty years Professor of Anatomy in the Medical Faculty of McGill University, Montreal. He graduated from McGill in 1869 and after two years further study in the hospitals of London, Paris and Vienna, returned to his Alma Mater as Demonstrator of Anatomy, and was made Professor of Anatomy on the death of Professor Scott. Under his direction Anatomy took a very high standard in the University and he associated with himself a group of very fine young men who afterwards became eminent teachers in Anatomy, Surgery and Medicine.

Dr. Shepherd also occupied an enviable position as a surgeon and was a leading authority in Dermatology which he taught for many years and in which subject he attained an international reputation. In 1907 he was Vice-president of the Dermatological Congress held that year in New York, and in 1928 was President of the Canadian branch of the British Dermatological Society. In 1913 Dr. Shepherd was chosen to act as Vice-president of the Department of Surgery in the International Medical Congress in London.

The degree of Doctor of Laws was conferred upon him by Harvard University in 1906, by McGill in 1915, and by Queen's University in 1919. The much prized honour of Honorary Fellowship in the Royal College of Surgeons of

England followed in 1913, and late in 1914 the Honorary Fellowship of the American College of Surgeons. He was also elected corresponding member of the Société Internationale de Paris, and Foreign Member of the American Academy of Arts and Sciences.

In addition to his professional work, Dr. Shepherd was at one time an Associate Editor of the Montreal Medical Journal, and always took an active interest in the Montreal Medico-Chirurgical Society.

Dr. Shepherd always stood for what was highest and best. He was an active supporter of art, and especially the art of painting in which for many years he was regarded as an authoritative critic. He was twice President of the Montreal Art Association and in his 77th year was presented with a bronze bust of himself by a circle of his friends in the Association. For many years Dr. Shepherd was a member of the Board of Trustees of the National Gallery at Ottawa and recently Chairman of the Board.

Few men have had a finer influence over the profession. As Surgeon to the Montreal General Hospital and Consulting Surgeon to the Royal Victoria Hospital, he stood for progress and a high standard of ethics.

***

Dr. Clarence Leslie STARR

1868-1928

The death of Dr. C. L. Starr, Professor of Surgery, came with startling suddenness from angina pectoris on December 25th, 1928. He was a distinguished graduate of the University of Toronto and a member of the teaching staff for 30 years. He was a brilliant teacher, an organisor and administrator of rare ability, and a master surgeon. In 1921 he became the first full-time Professor of Surgery and, at the same time, was appointed surgeon-in-chief of the Toronto General Hospital, having previously been senior surgeon in the Hospital for Sick Children. The admirable organisation of his department received recognition from many quarters. In 1926, on invitation from Harvard University, he occupied the Chair of Surgery in that institution for a few weeks ; he had promised to hold a similar position in St. Bartholomew's Hospital, London, but death intervened.

During the war he rendered most valuable service both overseas and at home. With the rank of Lieutenant-Colonel he was Surgeon-in-Chief in a Special Hospital at Ramsgate, England, and later exhibited splendid organising ability in connection with similar work at the Christie Street Hospital, Toronto.

He was a Fellow of the American Surgical Association and Vice-President of that body at the time of his death. He was also a Past-President of the American Orthopaedic Association and an Associate Member of the British Orthopaedic Association. McMaster University conferred on him the degree of LL. D. honoris causa.

He was a most popular colleague, beloved and respected by all his associates. The University of Toronto, the Faculty of Medicine, and the students of that University have suffered a severe loss in being deprived of his counsel and service which he rendered so ably and with such unstinted devotion.

IV. — Danemark

ALFRED PERS

1865-1928

Le Docteur PERS avait, à Copenhague, une maison de santé assez fréquentée qu'il a dirigée de 1899 jusqu'en 1927.

En 1897 le Docteur PERS a présenté une Thèse sur le Traitement Radical de l'Hydrocèle du testicule. Il a publié quelques travaux intéressants surtout concernant des sujets de la chirurgie de l'estomac.

***

ROVSING THORKILD

Né le 24/4/1862, mort le 14 janvier 1927 (maladie de cœur, cancer du larynx).

Professeur de chirurgie à l'université de Copenhague 1899, professeur de clinique chirurgicale de 1904-1925.

Auteur d'un très grand nombre (c.200) de travaux chirurgicaux, dont plusieurs ont été traduits (en anglais, en allemand, en français) : De la cystite (Thèse, 1889), Manuel des maladies des organes génito-urinaires, des infections urinai-

res, de la gastroptose, des maladies des voies biliaires, Leçons cliniques sur la chirurgie de l'abdomen (3 vol., 1910-1918) etc.

Auteur aussi de quelques méthodes opératoires qui portent son nom, et d'instruments.

C'était un homme qui avait des qualités remarquables ; il était de belle apparence, érudit, éloquent, grand charmeur. Il savait toujours tenir ses auditeurs sous le charme de sa parole. Il avait beaucoup voyagé et avait de nombreuses relations avec ses collègues étrangers. Il était membre de l'Association française de chirurgie, de la Soc. internationale d'urologie et de la Société internationale de chir. depuis sa fondation ; il faisait partie du comité national de la section danoise de cette société.

Sa sympathie pour les puissances de l'entente était très vive ; il était avant tout un bon patriote et a joué un rôle dans la politique de son pays, où il a été, à une certaine époque, ministre de l'instruction publique.

Les traits dominants du caractère de ROVSING étaient une vive intelligence, une énergie infatigable et un grand optimisme.

Il était sans doute l'un des chirurgiens les plus appréciés et les plus illustres des pays du Nord.

V. — Egypte

Mr. FRANK COLE MADDEN

1873-1929

The late Mr. Madden was attached to the Cairo School of Medecine for the last thirty years. He carried out a good deal of surgical work at Kasr El Aini Hospital and at his private clinic. Practically all the present day Egyptian doctors were taught by him. Mr. Madden was specially interested in the surgical treatment of Bilharsiasis. He was a member of the International Congress of Surgery.

He was born in Australia on 2-3-1873. He was educated at Melbourne University from 1889 to 1893. He showed from his earliest career an interest in surgery. He received the University Exhibition and Beaney Scholorship in surgery. He was qualified M.B., B.S., Melb. in 1893 and M.D. Melb. in 1904. He went to England towards the end of the last cen-

tuary and passed the examinations of the Royal Colleges taking the M.R.C.S. Eng. and L.R.C.P. Lond. in 1896 and the F.R.C.S. Eng. in the same year.

In October 1898 Mr. Madden came to Egypt being appointed as a surgeon to Kasr El Aini Hospital. He was appointed professor of surgery in the School of Medicine on 1-12-1905 and continued to occupy the chair till 1-4-1925 when he chose to retire, Emeritus Professor of Surgery. Mr. Madden was asked again to take the duties of Acting Dean of the Faculty of Medicine on the 27-3-1926, and he was appointed Dean on 1-5-1927, a post which he occupied up to his lamentable death on the 26-4-1929. From October 1927 to the 26-4-1929 he was elected Sub-Rector of the Egyptian University.

Mr. Madden took an active part in the organization of the International Congress of Tropical Medicine and Hygiene held on the occasion of the Centenary Celebration of the Cairo School of Medicine.

During his long career, Mr. Madden received the following decorations.

Majidi 3rd. Class, January 1909.
Order of the Nile 3rd. Class, March 1918.
O.B.E. (Civil Division), 1919.
C.M.G., 1929.

He contributed a large number of original papers dealing mainly with the surgical aspect of the diseases commonly met with in Egypt. He compiled his experiences in Egypt in a book published in 1919 bearing the title «The Surgery of Egypt». He was asked to write the chapters on Bilharsiasis and Surgery in the Tropics in «Byam & Archibald's Pract. of Medicine in the Tropics».

Mr. Madden died at the age of 57 leaving a wife, two sons and two daughters thus a brilliant career was cut short.

VI. — Espagne

SEGOVIA, Jose

Le Docteur José Segovia est mort en avril 1929 à l'âge de 32 ans. Il était professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Valence. Il a publié de nombreux travaux, principalement sur l'Ostéogénèse. Son livre sur le diagnostic radiologique des affections osseuses est un travail très remarquable.

VII. — Etats-Unis

Robert ABBE

Le Dr. Robert Abbe, de New-York est mort en 1928 à la suite d'une longue maladie. Il faut noter sa contribution à la chirurgie gastro-intestinale (anastomose latérale), à la chirurgie de l'œsophage et à la chirurgie plastique. Il a été un des pionniers du traitement des tumeurs malignes par l'usage du radium. Il faisait partie de la Société de Chirurgie des Etats-Unis.

***

Edward Hiskling BRADFORD

Le Dr. Bradford, de Boston, est mort en 1927. Il a apporté toute sa science au développement de la chirurgie orthopédique dont il s'est spécialement occupé. Il fut doyen de l'Ecole de Médecine de l'Université de Harvard.

***

Frank Emory BUNTS

Le Docteur Frank Emory Bunts, un éminent chirurgien des Etats-Unis d'Amérique, est mort subitement d'une maladie de cœur le 26 novembre 1928.

Le Docteur Bunts était né à Youngstown (Ohio) en 1861 et fit son éducation dans des écoles publiques. Puis il fut reçu à l'Académie Navale des Etats-Unis d'Annapolis d'où il sortit en 1881 avec tous ses grades.

Après avoir servi pendant 2 ans dans l'escadre d'Asie, l'occasion fut offerte aux plus jeunes officiers de quitter le service, les cadres étant surchargés. Le Docteur Bunts décida d'abandonner la marine et de faire ses études de médecine. Mais toute sa vie il porta l'empreinte du marin qui influença toutes ses relations.

Il obtint ses grades au « Western Reserve Medical School » et fut reçu en 1886.

Il devint alors interne au « St. Vincent's Charity Hospital » où il resta attaché, à titres divers, jusqu'à la fin de sa vie : 42 ans.

Deux fois, le Docteur Bunts abandonna sa clientèle pour aller étudier dans des cliniques, à l'Etranger, et, plus tard, pendant la guerre d'Espagne, il s'enrôla dans l'Armée comme chirurgien du 1er régiment de Cavalerie de l'Ohio, sous le Major Funcie. Les questions militaires retinrent toujours son attention et après la guerre, malgré une clientèle importante, il devint capitaine des Troupes A de la garde nationale des Etats de l'Ohio. En cette qualité, il servit pendant 3 ans. Pendant la guerre mondiale, il accepta de devenir Major, puis fut nommé Lieutenant-Colonel et commanda l'Hôpital Général N° 9, à Rouen, en France (Base Hospital N° 4, U.S. Army).

Le Docteur Bunts fut Membre de l'Académie de Médecine de Cleveland dès son institution, en 1902 et en fut le premier Président. Il était aussi Membre de l'Association des Publications Médicales du Cleveland dont il fut nommé Président en 1927. Il était membre de l'Association des Chirurgiens Américains, de la Société de Médecine de l'Etat de l'Ohio, de l'Association des Médecins Américains, du Collège Américain des Chirurgiens, de l'Association Américaine préventive du Cancer, de la Société Internationale de Chirurgie et de la Société Française pour l'avancement de la science.

De 1886 à 1893, le Docteur Bunts fut lecteur en Chirurgie au « Wooster Medical College », de 1893 jusqu'à sa mort, professeur de Chirurgie et de clinique chirurgicale au « Medical School of Western Reserve University ». Il fut Chirurgien visiteur du « St. Alexis Hospital », du « St. Anne's Maternity Hospital », du « Mt Sinaï and the Cleveland City Hospital »; chirurgien Consultant aux «Lutheran», «Women's and Maternity Hospitals ».

Il fut l'un des fondateurs de la « Cleveland Clinic Foundation et chef du personnel au « St Vincent's Charity Hospital » de 1913 à sa mort.

***

John Goodrich CLARK

1867-1927

By Charles C. Norris, M.D., F.A.C.S., Philadelphia

John Goodrich Clark was born in Wayne County. Indiana, June 4, 1867, the son of Nannie and Thomas E. Clark.

He came from Quaker stock and was educated in public school until 14 years of age and then entered the preparatory department of Earlham College, Richmond, Indiana, where he remained 2 years. He matriculated in the Ohio Western University and became a member of the Beta Theta Pi Fraternity. At he completion of his sophomore year, he joined a U. S. civil engineering party detailed for the survey of the Nez Perce Indian Reservation in Northern Idaho. He later joined a party occupied in the survey of the Utah and Northern Railroad,holding the position of topographer and subsequently that of levelman. At the completion of this survey, he entered the school of medicine at the University of Pennsylvania and was graduated in the honor list in 1891.

Dr. Clark served as resident in the St. Agnes and Children's Hospitals of Philadelphia and in the surgical wards of the Bellevue Hospital, New-York, and then entered the gynecological department of the Johns Hopkins Hospital, under the directorship of Dr. Howard A. Kelly. He served first as anæthetist, next as assistant resident physician, and completed his service as resident gynecologist in the Johns Hopkins Hospital, after which he received the appointment of associate in gynecology in the Johns Hopkins University.

In 1898, Dr. Clark entered the anatomical laboratory of the University of Leipzig as a special student and began research work under Professors His and Spalteholz on the life history of the corpus luteum and at the completion of this investigation, he went to Prague and published two additional papers upon research from Prof. Chiari's pathological laboratory. Upon his return to the United States in 1900, he was elected professor of gynecology in the University of Pennsylvania and gynecologist in chief to the University Hospital. He subsequently became consultant gynecologist to the Woman's College, Bryn Mawr, Germantown, Chestnut Hill, and other hospitals.

As a surgeon, Dr. Clark had few equals, his delicacy of touch, knowledge of anatomy, and dexterity, were unsurpassed. His diagnostic ability was almost uncanny and this, backed by his large experience and personal charm, account largely for his great success in practice. An outstanding feature in his work was his personal interest in his patients. The real welfare of each person coming under his care invariably took precedence of everything else. No patient, however poor, but upon whom he would willingly expend as much time and effort as upon the most important. This attitude

doubtless accounted for the universal respect and love borne him by his patients.

Dr. Clark was not only a great surgeon but also a scientist in the best sense of this much abused term, and nothing interested him more than sound research work. He was a man of fertile imagination and could always suggest pratical methods of attacking a difficult problem. His reasoning was sound and his deductions singularly free from error. He contributed largely to the literature of his specialty and was one of the first to advocate a radical operation for cancer of the cervix. In developing this operation, he was influenced by the improved results which had been secured by the Halsted operation for cancer of the breast. Despite the many calls upon his time incident to his teaching and large private practice, he averaged two major papers a year for the last two decades. Although frequently urged to do so, he steadfastly refused to write a textbook, not so much because of the drudgery entailed as that the work necessarily was largely a repetition of what had previously been written and also due to the fact that he felt that there were already so many excellent books available. In 1909, he edited the American edition of Winter and Ruge's *Gynecological Diagnosis* and later consented to collaborate with the writer in the monograph on *Radium in Gynecology*. He was one of the pioneers in the employment of radium for gynecological lesions and was an accepted authority upon this subject.

Dr. Clark was a teacher of unsurpassed ability and possessed the happy faculty of imparting knowledge easily and in an unforgettable manner. His mind was a storehouse not only of scientific facts but of epigrams and anecdotes which were always appropriate and enabled him to emphasize the points which he wished to stress. As a result, his teaching was always interesting and never dragged. He was not a believer in the ordinary didactic lecture. He was one of the first, if not the first, to utilize plastine or artist's clay for demonstrating operative technique and as a modeler and blackboard artist he had few equals.

During the World War, Dr. Clark was a member of the National Defense Council to which he gave unreservedly his time and energy. He was a member of numerous medical societies and a past president of the American Gynecological Society, American Gynecological Club, and American College of Surgeons, of which organization he was one of the founders and a member of the Board of Regents since 1924.

For years he served upon the editorial staff of its official journal.

To his assistants, Dr. Clark was the ideal Chief, generous, kindly, helpful, and stimulating. His advice was invariably excellent and was always at the disposal of his associates. He was a believer in the value of travel and had visited practically all the important gynecological and surgical clinics of the world. In 1921, he visited China as a member of the distinguished Rockefeller Commission for the opening and the dedicating of the Union Medical College of Peking.

He was endowed with an extremely retentive memory and rarely forgot a face, a name, or a fact. He was a student of American history and had intended writing a book dealing with certain phases of pioneer days. Beyond reading and history, his chief recreation was golf, of which he was extremely fond. By his death the world has lost a surgeon, teacher, and scientist of unsurpassed ability, and those who were privileged to have been his intimates have lost an unreplaceable friend.

***

Albert E. HALSTEAD

Le Dr. Halstead, de Chicago, mourut en 1928 ; il était chirurgien de l'Hôpital de Chicago et membre de la Société de Chirurgie des Etats-Unis.

***

Frederic KAMMERER

1856-1928

Le 26 septembre 1928, Fréderic Kammerer mourait à Murano, en Italie, dans sa 73ème année. Depuis plusieurs années il souffrait d'artério-sclérose et il succomba à une hémorragie cérébrale. Jusqu'à cette attaque fatale, il avait gardé toute sa présence d'esprit, la période d'invalidité et d'impuissance qu'il appréhendait tant lui fut épargnée.

Fréderic Kammerer était né à New-York City le 4 février 1856. Son père, le Dr. Joseph Kammerer était né en Suisse. Son éducation se fit en Europe, il retourna à New-York où il

pratiqua la médecine, se spécialisant dans la Gynécologie et l'Obstétrique. Il fut l'un des fondateurs de l'Hôpital « Lenox Hill » alors connu sous le nom d'Hôpital Allemand. A sa mort, en 1875, il était professeur d'Obstétrique et de Gynécologie à l'école de Médecine de l'Université de New-York. La mère du Dr. F. Kammerer, Léonie de Weisseneck, était d'une noble famille autrichienne fixée en Allemagne.

Le Dr. Fréderic Kammerer fit ses études élémentaires dans une école privée de New-York et plus tard à l'Institut Polytechnique de Karlsruhe en Allemagne, de 1872 à 1875. A la mort de son Père, en 1875, il retourna en Amérique où il ne resta qu'un an, revint en Europe et commença ses études de Médecine à Fribourg, en 1880. Pendant un an il fut assistant à l'Institut anatomique du Professeur Robert Wiedersheim à Fribourg, puis de 1881 à 1885, à la clinique chirurgicale de l'Université de cette même ville d'abord du Prof. Hermann Maas puis du Prof. Paul Kraske. En 1885 et pendant 6 mois, il fut assistant du Dr. Carl Schroeder à la Clinique de Gynécologie à Berlin. De 1885 à 1886, il travailla au laboratoire de la clinique du Dr. Ludwig Lichtheim, à Berne, comme assistant.

En novembre 1886, F. Kammerer revint à New-York pour faire de la Chirurgie. En 1889, il fut nommé Chirurgien attaché à l'Hôpital Allemand de New-York qui devint plus tard l'Hôpital « Lenox Hill ». Il resta là jusqu'en 1921 où il fut atteint par la limite d'âge. Il avait alors 65 ans et devint Médecin consultant de cette institution. En 1890, il reçut le titre de Chirurgien attaché à l'Hôpital St. Francis de New-York où il resta jusqu'en 1911 avant d'être nommé Chirurgien consultant de ce même Hôpital. En 1900 il fut aussi nommé Chirurgien Consultant de l'Hôpital Ste Mary à Hoboden. Il fut professeur de Clinique Chirurgicale au « Cornell University College » de 1898 à 1909 , puis au « College of Physicians and Surgeons » à l'Université de Columbia, de 1909 à 1921.

En novembre 1915, envoyé par le Comité d'Expédition des Médecins Américains, il prit la direction d'un lazaret militaire en Allemagne, à Deutsch-Eylau, mais le Dr. Kammerer n'approuvait pas l'attitude de l'Allemagne dans la guerre mondiale et, en dépit de la reconnaissance qu'il avait pour le pays qui avait fait toute sa formation médicale, en avril 1917, il accepta d'être nommé major dans le Corps Médical de l'Armée Américaine. Il organisa et devint le Directeur et le Chef du Service Chirurgical de l'Hôpital N° 16 qui devint plus tard l'Hôpital N° 12, Armée Générale des Etats-Unis, et était

installé à Baltimore dans la Caroline du Nord, mais en mars 1918, le Dr. Kammerer reprit un service plus actif et demeura comme Chirurgien chef dans cet Hôpital qu'il ne quitta qu'après l'armistice, le 3 décembre 1928.

En 1907 il avait épousé Mlle Ida Knapp, la fille du Dr. Hermann Knapp. Il n'eut pas d'enfant. Le Dr. Kammerer ne professait plus depuis novembre 1921. Il s'était retiré à Berne, en Suisse. Le Dr. Kammerer était « Fellow » de l'Association Chirurgicale Américaine depuis 1899. Il était membre de la Société Internationale de Chirurgie, de l'Association Américaine de Gastro-Entérologie et de la Société Allemande de Chirurgie, « Fellow » du Collège Américain des Chirurgiens et de l'Académie de Médecine de New-York.

Bien qu'il n'ait pas beaucoup écrit, le Dr. Kammerer a apporté une importante contribution à la littérature. Le travail dont il était le plus fier est celui qu'il a publié en 1884 sur l'arthrite gonorrhéale, alors qu'il était assistant à la clinique de Kraske, à Fribourg. Il fut le premier à montrer, dans ce travail, la présence du gonocoque dans les articulations et le premier à démontrer que le gonocoque était la cause de l'inflammation articulaire. Peut-être sa meilleure contribution à la technique chirurgicale fut-elle faite en 1897 — c'est sa description de l'incision du «grand droit» pour l'appendicite, connue en Amérique sous le nom d'incision de Kammerer. En 1899, il relata le plein succès d'une ligature de la 1ère portion de l'artère sous-clavière pour anévrisme. Son malade vécut 4 semaines. Il connaissait tout particulièrement la chirurgie thyroïdienne et fut le premier à exposer en Amérique la technique de la thyroïdectomie.

Les contributions chirurgicales du Dr. Kammerer ne résident pas seulement dans des publications. Il a répandu ses idées et les fruits de sa belle expérience autour de lui et dans les Sociétés dont il était membre, spécialement la Société de Chirurgie d'Amérique et la Société de Chirurgie de New-York. Il y exposait ses idées avec clarté, logique, ampleur et intelligence. On peut dire vraiment qu'il a été un des pionniers de la Chirurgie moderne Américaine.

Lorsque le Dr. Kammerer retourna dans son pays natal, l'aseptie était alors juste à son début. Il aida par son enseignement et son exemple à répandre cette méthode sur laquelle repose le développement chirurgical.

Tout le côté profondément humanitaire de son caractère se manifestait dans son tendre dévouement à ses malades dont le bonheur était le principal souci. Avec ses assistants,

il se montrait un maître scrupuleux et exact, patient, invariablement juste et bon. Il avait un sens de l'honneur, une pureté et une noblesse de caractère rares à trouver. Il charmait et attachait mais était un peu réservé et susceptible. Il préférait de beaucoup la compagnie de quelques intimes qui, reconnaissant ses belles qualités et son réel attachement, l'aimaient très chèrement.

C'était un homme de la vieille école, courtois, cultivé et érudit. Très curieux, il avait de tout temps beaucoup lu tant les ouvrages qui touchaient sa profession que ceux qui touchait à la littérature générale. Il s'intéressait à beaucoup de choses. Il aimait ardemment la nature et avait voyagé et chassé en Europe et dans de nombreuses contrées sauvages de l'Amérique. Il aimait à visiter ses amis et ses Collègues dans les centres médicaux variés du Vieux Monde et ces visites devinrent sa principale occupation après qu'il se fut retiré en Europe. Il collectionnait les eaux-fortes et les gravures. Il aimait passionnément la musique qu'il connaissait à fond et qu'il appréciait judicieusement. Il était un membre actif et enthousiaste du « Charaka Club » qui réunissait un groupe fameux de leaders en médecine dont toutes les pensées et toute l'attention s'attachaient à la littérature et aux aspects historiques et culturaux de leur profession.

Telles sont la vie et l'œuvre d'une âme grande et modeste. Le Dr. Kammerer était un homme d'une grande culture et d'un caractère irréprochable, un chirurgien de talent, très intelligent et universellement respecté. Son influence et son œuvre feront longtemps défaut.

A tous ceux qui avaient le privilège de le connaître intimement, cette mort laisse la sensation d'une perte personnelle irréparable.

(*Annals of Surgery, février 1929*)
Dr. DEWITT STETTEN.

CLARENCE A. Mc WILLIAMS

Clarence A. Mc WILLIAMS, de New-York, est mort en 1928 de pneumonie. Il était attaché depuis quelques années au « Presbyterian Hospital » et au « Skin and Cancer Hospital». Il s'intéressait tout particulièrement à la chirurgie des os et à la chirurgie plastique. Il faisait partie de l'Association de

Chirurgie des Etats-Unis. Pendant toute la guerre de 1914-1918, il servit en France avec l'Armée Américaine.

⁂

Francis Wisner MURRAY

Le Dr. F. W. Murray, de New-York, est mort en 1929 de pneumonie. Il faisait partie du Comité de l'Hôpital de New-York, de « St. Luke's Hospital ». Il avait été Professeur de Clinique chirurgicale à « Cornell Medical Scholl ». Il faisait partie de la Société de Chirurgie des Etats-Unis.

⁂

Edwards H. NICHOLS

Le Dr. E. Nichols, de Boston, est mort subitement d'une hémorragie cérébrale en 1928. Pendant de longues années il fut chirurgien au « Boston City Hospital ». Il avait été Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Ecole de Médecine de l'Université de Harvard. Il apporta une large part dans la chirurgie des ostéomyélites. Il était membre de la Société de Chirurgie des Etats-Unis.

⁂

Frederick W. PARHAM

Le Dr. W. Parham, de New Orleans, est mort en 1927. Il était Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Université Julane, de Louisane. Il s'est beaucoup occupé de la technique de la chirurgie des fractures et du système vasculaire et sa contribution personnelle est très importante. Il était membre de la Société de Chirurgie des Etats-Unis.

⁂

Charles H. PECK

Le Dr. Ch. Peck, de New-York, est mort en 1928, d'anémie pernicieuse. Chirurgien à l'Hôpital Roosevelt et à l'Hôpital Français, il y a rendu les plus grands services. Il apporta une

importante contribution à la Chirurgie abdominale. Il était membre de la Société de Chirurgie des Etats-Unis. Il a rendu des services considérables au Corps Expéditionnaire américain pendant la guerre mondiale.

James Edwin THOMPSON

Le Dr. J. E. Thompson, de Galveston (Texas) est mort en 1928 d'une angine de poitrine. Il était professeur de Chirurgie à l'Ecole de Médecine de l'Université du Texas. C'était un anatomiste très compétent. Il fit faire de très importants progrès à la technique de la chirurgie plastique.

John Collins WARREN

1842-1927

Né d'une famille dont le nom s'est illustré depuis plus d'un siècle par les hauts services rendus à la Patrie et à l'humanité, il sut remplir parfaitement ses nombreuses obligations et n'abandonna son dur labeur qu'après avoir vu l'accomplissement de ses plus chères ambitions.

Arrière petit-fils du Dr. John Warren, un des fondateurs de la «Harvard Medical School», dont le frère, le Dr. Joseph Warren fut tué à la bataille de Bunker Hill ; petit-fils du Dr. John C. Warren, un des fondateurs du « Massachusetts General Hospital » ; fils du Dr. J. Mason Warren qui, chirurgien lui aussi au Massachusetts General Hospital », y consacra toute son intelligence, le Dr. John Collins Warren, pendant 61 ans de vie professionnelle, soutint les traditions de ses illustres ancêtres.

Les deux découvertes qui ont eu la plus grande influence sur la science médicale : l'anesthésie et l'antisepsie, furent réalisées pendant sa vie. L'anesthésie par l'éther fut tentée alors qu'il était encore enfant mais les controverses qui suivirent cette découverte duraient encore lorsqu'il débuta dans la carrière médicale. Jusqu'au bout il défendit la cause du Dr. W.T.G. Morton qu'il reconnaissait être le réel inventeur de l'usage de l'éther comme anesthésique. En 1869, le Dr. War-

ren visitait Lister à Glasgow ; il étudia sa méthode concernant l'emploi des antiseptiques dans les opérations chirurgicales. A son retour à Boston, il contribua beaucoup à faire adopter cette méthode au «Massachusetts General Hospital».

L'étude microscopique de matériel pathologique provenant d'opérations était tout à son début et le Dr. Warren fut ur des premiers à développer dans son département l'application pratique de ce procédé. Pendant la guerre civile, alors qu'il n'était qu'étudiant, il servit comme cadet-médecin dans les Forces de l'Union où il acquit la pratique des infections chirurgicales qui par la suite l'amena à écrire son livre sur la Pathologie et la Thérapeutique chirurgicales, son œuvre littéraire la plus importante.

Le docteur Warren se dévoua entièrement au « Massachusetts General Hospital ». Toujours, dans tous les stages de sa profession, il donna le meilleur de lui. Comme chirurgien, il était très courageux, très capable, parfait en un mot. Il était admiré et aimé par ses malades et par ses assistants. Jamais on oubliera la visite du Dimanche, du temps où le Dr. Warren était chirurgien-chef, où chaque cas était discuté, étudié avec une bonté et une courtoisie qui étaient une réelle émulation pour le groupe des assistants et des jeunes collègues, ce qui est essentiel dans cette occurence.

Il s'intéressa tout particulièrement à la chirurgie des tumeurs et c'est sur ce point qu'il apporta de grandes contributions à la connaissance chirurgicale et pratique, notamment dans la chirurgie du cancer du sein.

Il fut un admirable professeur de chirurgie dont l'influence fut subie par de nombreuses générations d'étudiants à l'école de Médecine et à l'Hôpital. Le temps et l'attention qu'il donnait à la préparation de ses lectures et de ses examens cliniques était un exemple pour ses jeunes assistants. L'empressement avec lequel il sacrifiait son propre comfort et la bonne grâce avec laquelle il le faisait étaient remarquables. Il avait un très profond respect de ses devoirs et de ses privilèges comme professeur d'étudiants en médecine. Il resta professeur de Chirurgie à l'Ecole de Médecine d'Harvard de 1899 à 1907 époque à laquelle il devint « emeritus ».

Lorsqu'il abandonna le service actif de l'Hôpital en 1905 il se consacra à l'étude des causes auxquelles il n'avait cessé de porter le plus grand intérêt. L'école médicale d'Harvard fut une de ces causes et quand il devint nécessaire de transporter l'Ecole de Boylston Street à la Longwood avenue, le Dr. Henry P. Bowditch et lui préparèrent, étudièrent les

plans, conçurent le magnifique projet de ce nouvel établissement

Le Docteur Warren put voir ce projet réalisé ; il put aussi voir construits les hôpitaux et les laboratoires nécessaires pour compléter ce grand centre médical.

En 1899 un don fut laissé par Caroline Brewer Croft pour la recherche du traitement du cancer et le Docteur Warren fut nommé administrateur de ce legs qui fut remis à la commission du Cancer de l'Université d'Harvard dont Warren était Président. Ce don contribua à améliorer et à développer certains services. Les fonds pour la construction du « Collis P. Huntington Memorial Hospital for Cancer research » furent obtenus presque entièrement par ses propres efforts. La décision prise en 1922 par le Président et ses Collègues de « Harvard College » d'appeler le nouveau laboratoire le « J. Collins Warren Laboratory » put être considérée comme le suprême honneur rendu à sa carrière professionnelle.

Le Dr. Warren était d'une très grande simplicité et d'une très grande droiture ; il avait un grand sens de l'humour qui ne contribuait pas peu à lui gagner les cœurs. Sa sincérité et son inaltérable courtoisie, héritage ancestral ; son ardeur infatigable et sa loyauté comptaient parmi les qualités qui le faisaient apprécier de ses malades, de ses élèves et de ses collègues. Il y a peu d'exemples dans l'histoire de la médecine de traditions familiales respectées par cinq générations qui toutes ont rendu de si grands services à l'humanité.

La continuité de cette tradition est pour le « Harvard Medical School » et pour le Corps Médical de Boston l'héritage le plus enviable.

VIII. — Finlande

Lennart STRAHLE

Lennart Strähle naquit le 22 mars 1863. Après avoir passé ses examens de médecine à l'Université de Helsingfors il étudia la chirurgie sous la direction de l'éminent professeur M. Af. Schulten. En 1895 il fut nommé chef de clinique à l'hôpital provincial d'Abo, dont il fut directeur et chef de 1899 à 1928. Atteint par la limite d'âge (65 ans), il fut forcé de donner sa démission.

M. Strähle était un chirurgien éminent qui suivait avec attention et discernement les progrès de la science. Dans son hôpi-

tal règnait toujours un ordre minutieux ainsi qu'une asepsie exemplaire. En 1907 il fut nommé professeur extraordinaire « honoris causa ».

Les œuvres scientifiques de Strähle traitent de la maladie de Calve-Legg-Perthes (Finska Läkaresällskapets Handlingar 1922) ainsi que de l'œsophagoplastie extrahoracique (Acta chirurgica scandinavica 1925).

Pendant les années 1916-1919 il fut membre de la direction de Nordisk kirurgisk förening.

Strähle était, comme caractère, un exemple et, comme chirurgien, un maître.

*
* *

Gustaf WINTER

Docteur Gustaf Winter, né le 13 février 1968. Après avoir fini ses études à Helsingfors, il a été nommé en 1894 médecin de ville et chef d'hôpital gouvernemental à Portovala, une petite ville à l'est de la Finlande. Là il déploya pendant 24 ans une remarquable activité chirurgicale bien que n'étant qu'autodidacte. Il s'intéressa surtout à l'épilepsie et au goître dont il a opéré un grand nombre. Ses travaux scientifiques (environ 25) traitent de ces maladies, des voies urinaires et de cas intéressants. Depuis 1918 il était établi à Helsingfors comme chirurgien privé. Il est mort le 31 décembre 1924, d'un érysipèle. Comme personne, Winter était très sympathique et très aimé de sa clientèle. Il a activement pris part à la vie sociale et politique. Maintes initiatives utiles lui sont dues.

IX. — France

Georges DEHELLY

1881-1929

Perte cruelle pour la chirurgie française, que celle de Georges Dehelly, mort au Havre le 16 janvier 1929. Homme d'une volonté tenace, d'un caractère indépendant, il s'était fait une situation de premier plan en dehors des sentiers battus des concours. Ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien des hôpitaux du Havre, il avait réalisé avec notre collègue Guillot une symbiose chirurgicale dont les résultats avaient

été féconds. Ses travaux sur la transfusion du sang, sur le traitement sanglant des fractures, l'arthroplastie, le cancer de l'estomac, constituent des documents précis et longuement étudiés. Ses nombreuses publications sur la méthode de Carrel, dont il avait été le collaborateur à l'institut Rockefeller, puis en France, aux jours sombres de la guerre, resteront. D'un caractère entier, il n'avait pas que des amis — mais n'est-ce pas le propre des médiocres que de vivre au milieu d'une molle indifférence.

Il appartenait à cette catégorie de chirurgiens, qui estiment avec raison qu'il importe de ne pas vivre toujours dans le cycle étroit de sa santé et qu'il est nécessaire dans notre profession plus que dans toute autre d'aller voir ce qui se fait ailleurs.

Je ne peux me défendre d'une profonde émotion en évoquant le soir latin, fait de beauté et de lumière où au dernier congrès de Rome, nous plaignions ensemble ceux qui pensent que la vérité est celle qu'on nous a enseignée et qu'elle réside seulement entre la place du Phanthéon et le quai Voltaire.

Membre correspondant national de la Société de Chirurgie, membre de l'Association française, et de la Société Internationale de Chirurgie, il portait à cette dernière une particulière affection et se faisait une joie d'assister à notre prochain congrès de Varsovie. La mort est venue. Il l'a regardée sans trembler. Le souvenir de Dehelly restera comme celui d'un des grands chirurgiens de notre génération.

DE FOURMESTRAUX.

***

LE PROFESSEUR LE DENTU

1841-1926

Le Dentu était né en 1841 à la Basse Terre (Guadeloupe) Nous ne saurions dire par suite de quels évènements ce Normand d'origine, vit le jour sous le ciel des Antilles. Ce qui est certain, c'est qu'il ne séjourna pas longtemps dans sa première patrie, et qu'il vint jeune à Paris pour y faire ses études classiques à Louis le Grand ; de ces premières études il avait gardé une imprégnation solide qui a certainement beaucoup contribué à faire de lui l'esprit très cultivé, le fin lettré, l'écrivain à la langue très pure, le diseur charmant,

l'artiste dont il nous a été donné d'apprécier en bien des cas les grandes qualités.

C'est en 1850 qu'il commença à Paris ses études médicales ; il avait alors 19 ans ; trois ans plus tard, en 1852, il est déjà interne des hôpitaux

En 1864 il devenait aide d'anatomie, puis prosecteur en 1867. Cette date coïncide avec la fin de ses études médicales, couronnées par sa thèse de doctorat consacrée à des recherches anatomiques et à des considérations physiologiques sur la circulation veineuse du pied et de la jambe.

La Faculté lui ouvre ses portes en 1869 comme agrégé à l'âge de vingt-neuf ans et en 1872 il devient chirurgien des hôpitaux.

La chirurgie urinaire l'attire tout d'abord : il publiera en 1881 avec Voillemier le Traité des voies urinaires et en 1889 son livre sur les affections du rein.

Puis se fait un changement d'orientation ; tout jeune encore, il n'a que 49 ans, Le Dentu est titularisé et placé à la tête de la chaire de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker. C'est là qu'il va donner de 1890 à 1903 toute la mesure de son talent d'enseigneur et de chirurgien. Son premier souci est de faire de la clinique de Necker une clinique adaptée aux besoins de l'enseignement chirurgical moderne, il parcourt les principales villes d'Europe, dont il visite les services les plus réputés, et étudie de près leur organisation, s'en inspire et crée ce centre chirurgical de Necker qui était il y a 30 ans l'un des centres de chirurgie les mieux organisés de la capitale.

Ce n'est pas le moment d'énumérer les travaux publiés par Le Dentu, son œuvre sera mieux étudiée et mieux appréciée plus tard dans cette enceinte. Je ne saurais toutefois passer sous silence que le Prof. Le Dentu fut avec le Prof. Pierre Delbet l'un des directeurs très actifs du Traité de Chirurgie clinique et opératoire, qui est aujourd'hui le seul Traité de chirurgie publié en France et l'un de nos ouvrages les plus répandus à l'étranger.

Le Prof. Le Dentu était resté dans sa retraite le maître excellent que nous avons connu à Necker, toujours dévoué à ses anciens collaborateurs qu'il aimait à revoir, avec lesquels il avait plaisir à s'entretenir d'un passé où il évoquait souvent le souvenir de ses chers élèves disparus : Lyot, Chevallier, Cestan et surtout Morestin.

Il y a 40 ans Le Dentu avait été atteint d'une pleurésie purulente pour laquelle il fut opéré et qui mit ses jours en

danger ; cette pleurésie eut par la suite des réveils ; ce que beaucoup d'entre nous ont ignoré et ce que je suis autorisé à dire, c'est que ces poussées inflammatoires répétées mirent Le Dentu dans l'obligation de subir de multiples interventions: c'est à la douzième opération, faite il y a quelques jours par son élève Lavey, qu'il a succombé. C'est sans doute là le secret de cette soi-disant indolence dont quelques uns lui faisaient grief. Ne faut-il pas voir là, au contraire une raison de plus pour admirer l'œuvre du maître qui, par son énergie, nous a donné le bel exemple d'une vie faite de travail, de dévouement et de probité.

***

PERRIOL

Le docteur Perriol, mort en avril 1927, avait fait ses premières études au Lycée de Grenoble, et ses études de Médecine, Internat y compris, à Lyon. Il rentra à Grenoble le 1er novembre 1897 où il devint rapidement Chirurgien des Hôpitaux et Professeur à l'Ecole de Médecine.

Pendant près de 30 ans il se dévoua entièrement à son art, soignant sans se soucier jamais de la condition sociale de tous ceux qui venaient lui demander des conseils ou qui avaient recours à ses soins éclairés. Sa hardiesse et sa prudence firent de lui un des maîtres du bistouri. Il devait être récompensé de ses efforts par sa nomination en 1911 comme Directeur de l'Ecole de Médecine et en 1914, comme Chevalier de la Légion d'Honneur.

Sa conduite pendant la guerre fut remarquable. Il fut fait prisonnier au début de la campagne, revint à Grenoble pour trouver sa femme mourante. Mais sitôt ce malheur, il retournait au front jusqu'à la fin des hostilités.

Il revient alors à son ancien poste de combat et jusqu'à sa mort il lutta pour conserver aux autres la vie ou la santé de tous ceux qui avaient mis en lui, et à juste titre, toute leur confiance.

***

Robert PICQUÉ

C'est bien souvent que nos séances sont attristées par un deuil. Aujourd'hui vous connaissez tous la mort tragique de

notre collègue de l'armée Robert Picqué, médecin principal de 1re classe, membre correspondant national de la Société de Chirurgie.

Vous vous souvenez de ses communications nombreuses qu'il exposait à notre tribune de sa voix ardente et chaude. Depuis qu'il était à Bordeaux professeur d'anatomie à la Faculté, médecin chef de l'hôpital militaire de Talence, ses apparitions se faisaient plus rares parmi nous. Mais certes vous n'avez pas oublié sa communication sur l'état de l'aviation sanitaire où il s'écriait : « L'avion surgit pour éviter au blessé le calvaire de la route cahoteuse ».

(*Société de Chirurgie de Paris.*)

***

Le Professeur A. VAUTRIN

1859-1927

Après quelques jours de maladie, le Dr. Vautrin, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Nancy, est décédé le 5 juin.

Bien que touché au point de vue santé, surtout dans les dernières années, rien ne faisait prévoir une fin aussi rapide. La veille de s'aliter, il assistait encore à un conseil de Faculté et prenait part à la discussion avec sa vivacité habituelle.

La disparition du Professeur Vautrin sera ressentie surtout en Lorraine, qui a été le théâtre de son activité chirurgicale, mais aussi en France, car il tenait une grande place parmi les chirurgiens et les gynécologues français.

Vautrin était né le 29 mars 1859, dans un petit village meusien, Gercourt, tout près de Verdun. Il fit toutes ses études classiques au Lycée de Bar-le-Duc, pour entrer comme étudiant à la Faculté de Nancy, où il fut aide d'anatomie, puis interne des hôpitaux de Nancy : il était nommé chef de clinique chirurgicale du professeur Gross le 1er août 1885, dans cette période où la chirurgie abdominale prit son grand développement ; il passa sa thèse le 8 août 1885, elle était intitulée: *Contribution à l'étude des kystes de l'ovaire intraligamentaires ;* thèse très étudiée qui, si l'on en juge par les derniers rapports du Congrès des Gynécologues de langue française, est encore classique.

Déjà cette thèse faisait prévoir son orientation future car, chirurgien général des plus habiles, Vautrin eut une prédilection particulière pour la gynécologie opératoire.

Nommé agrégé de chirurgie le 1er août 1886, après avoir soutenu une thèse d'agrégation très remarquable sur le traitement chirurgical des myomes utérins, il fut chargé de cours complémentaires des maladies syphilitiques et cutanées et dans son service de la Maison de Secours, il fit un enseignement très suivi des étudiants.

Vautrin avait un talent tout particulier d'élocution et le don de l'exposition.

En 1895, les exigences d'un statut d'agrégation difficile à concevoir et à qualifier, firent que cette belle activité fut arrêtée pendant quelques années au point de vue enseignement.

C'est de cette période que date une certaine amertume dans son caractère, mais de cette période date aussi la création de sa belle clinique particulière de la rue Sainte-Marie, où sa vie chirurgicale fut particulièrement intense.

Il était chargé du cours de Pathologie externe en juillet 1889, et nommé professeur adjoint en mars 1907.

C'est en pleine guerre, en novembre 1914, qu'il remplaçait M. le professeur Gross, dont il avait été un des premiers chefs de clinique, à la chaire de clinique chirurgicale.

Pendant toute la guerre, il resta à Nancy, où il fit son enseignement pour les étudiants non mobilisés, et surtout pour les aides-majors, venus du front pour les cours de perfectionnement. C'est pendant cette période qu'il se dépensa sans compter, et c'est à cette époque qu'il faut faire remonter les premières atteintes d'une affection qu'il surmontera toujours avec une énergie indomptable et qui ne l'arrêtera jamais dans son activité.

Le 28 octobre 1917, dans la cour de l'hôpital civil, le général Gérard, un lendemain de bombardement, lui remettait la croix de la Légion d'honneur, en même temps qu'à son collègue et ami lui aussi disparu, le professeur Hauslhalter.

La guerre finie, il reprenait son enseignement, sa vie chirurgicale très occupée, mais deux buts le préoccupaient surtout : l'installation d'un service opératoire dont la Commission administrative des Hospices voulait bien lui confier l'organisation, et d'autre part l'installation du centre anti-cancéreux lorrain et d'un service gynécologique. Il aura eu la joie et la satisfaction de voir les deux premiers réalisés et constituant tous les deux de véritables modèles ; le service de gynécologie allait s'ouvrir quand la mort est venue le frapper.

Cette mort, il l'a vue venir en courageux ; il a fait le sacrifice de cette vie d'une telle façon qu'elle restera un exemple

pour tous ses petits-enfants dont il était entouré, et pour tous ceux qui l'ont connu. Energique toute sa vie, le professeur Vautrin l'aura été jusqu'à la dernière minute.

C'est une belle figure de chirurgien français qui disparaît.

Professeur G. MICHEL.

X. — Grande Bretagne

G. E. ADAMS

Chirurgien de l'Hôpital Saint Thomas, à Londres. Il est mort d'une hernie congénitale diaphragmatique étranglée.

***

Sir ANTHONY A. BOWLBY

Président du Collège Royal des Chirurgiens d'Angleterre. Chirurgien du Roi et de l'hôpital St. Bartholomé. Chirurgien consultant des Armées Britanniques en France pendant toute la guerre dans le Service Médical de l'Armée.

***

WILLIAM JONES GREER F.R.C.S.I.

Surgeon, Royal Gwent Hospital, Newport Mon.

The news of Mr. Greer's death, which took place at Llanwrtyd Wells on August 3rd, 1927, was received with profound regret, not only amongst the medical profession of South Wales and Monmouthshire, where he was so well known, but also in a much wider circle amongst surgeons in England, where his work was highly appreciated.

Mr. Greer who was an Ulsterman, was born in the city of Armagh and received his early education at the Royal School in that town ; he pursued his medical studies in Queen's College, Belfast, and the School of Surgery, Dublin, and obtained the diplomas of L.R.C.P.I. and L.R.C.S.I. in 1891 ; after a further period of study he received the F.R.C.S.I. and D.P.H. in 1895. He settled in Newport, Monmouthshire in 1896 as a general practitioner, and after a few years hard work his success was undoubted. During these years he performed many major surgical operations on patients in their own

homes, and he soon gained a local reputation as a surgeon. He then achieved a most difficult feat ; he relinquished general medical practice and started again as a consultant surgeon.

Although he was not at that time on the staff of any hospital his success was almost immediate, and he became known to his professional colleagues in Monmouthshire as a brilliant operator. Hospital distinctions came later ; he was appointed honorary surgeon to the Royal Gwent Hospital, Newport, and consulting surgeon to the Blaina and Pontypool hospitals. He was a major R.A.M.C. (T.F.) and during the war was on the surgical staff of the 3rd Western General Hospital at both Cardiff and Newport.

His work during the war years was very strenuous, and undermined his health which was never very robust. He contributed many articles to the medical journals from time to time, and was the author of a book on « Industrial Diseases and Accidents » which was, and continues to be very popular, not only with the medical profession, but with barristers having charge of cases under the Workmen's Compensation Acts in the County Courts.

His work for the British Medical Association will not soon be forgotten in South Wales. He was the first secretary of the Monmouthshire Division and amongst other offices which he held in the Association were Representative for Monmouthshire for many years, deputy chairman of the Representative Body in 1919, member of the Central Council, chairman of the Monmouthshire Division, president of the South Wales and Monmouthshire Branch, chairman of the Committee on Fractures, and a member of the Medico-Political and Parliamentary Elections Committees and of the Contract Practice Subcommittee. He served as secretary and vicepresident respectively of the Section of Surgery when the Association held its annual meeting in London in 1910 and in Newcastle-on-Tyne in 1921, and as secretary of the Electrical Section at the annual meeting in Sheffield in 1908. He was also a member of the Central Medical War Committee. He served for many years as chairman of the Newport Panel Committee and was chairman of the Newport Insurance Committee for one year. He was a Fellow of the Royal Society of Medicine and a member of the Société Internationale de Chirurgie.

W. LITTLER-JONES

Le Docteur W. Littler-Jones était chirurgien de la Clinique Royale de Liverpool. Fondateur de notre association, il en fut un des membres les plus réputés.

⁂

Lieut.-Col. Robert Fraser STANDAGE C.I.E.

Lieut.-Col. Robert Fraser Standage C.I.E. was born at Harcott House, Worcestershire in 1868. He was educated at St. Bartholomew's Hospital where he gained several prizes and was appointed House Surgeon. He entered the Indian Medical Service in 1894 and was appointed to the 2nd. Bengal Lancers. In 1897 he received the thans of the Bengal Government for his services in connection with the famine. He served in the Field during the Uganda Mutiny in 1897-1899, was mentioned in despatches and received the medal and clasp. He then served on plague duty and was afterwards appointed Residency Surgeon at Bangalore. During the War (1914-1918) he was on the Medical Staff of the East African Field Force ad and did such good service that he was rewarded with the order of C.I.E. (Companion of the Indian Empire). For his help to the Hospitals in India he was made in 1922 an Esquire of the Order of St. John of Jerusalem. His widow and a son survive him.

He died suddenly in London on 15th. January 1927.

⁂

W. Thelwall THOMAS

Professeur de Chirurgie à l'Université de Liverpool. Chirurgien de l'infirmerie Royale de Liverpool. A publié un ouvrage très remarqué sur les calculs rénaux.

⁂

Angelin WHITELOCKE

Chirurgien de l'Hôpital Radcliffe, à Oxford. Il a écrit un livre fort intéressant sur la chirurgie des os et des articulations.

XI. — Italie

Dr. Antonio CARLE.

La mort du professeur A. Carle, directeur de la R. Clinica chirurgica de l'Université et Chef de l'Hôpital Mauriziano Umberto I de Turin, est une perte grave pour la famille chirurgicale italienne dont l'illustre défunt était à juste titre le maître insigne.

Né à Chiuso d'Esio (province de Cunéo) en 1855 il conquit le grade de docteur à l'Université R. de Turin ; il se livra de suite à une solide préparation scientifique qu'il atteignit bientôt dans les premières années de son grade d'abord à l'Ecole Turinoise et ensuite à la clinique Billroth. Dans cette période d'or de la chirurgie où les premiers Lystériens de la science médicale avaient ouvert des horizons nouveaux il apporta par son talent une contribution efficace aux nouvelles voies ouvertes dans la chirurgie. A la clinique de Billroth il apporta des enseignements aux nouvelles orientations dans la chirurgie viscérale et acquit une parfaite compréhension des vues nouvelles jusqu'en 1881 époque à laquelle il fit à l'académie de Médecine de Turin un rapport sur la résection du pylore exécutée par Billroth. A la même époque il signale l'importance de la médication iodoformée dans la tuberculose chirurgicale. En 1884, avant la découverte du B du tétanos par Nicolajer, Carle avec Rattone prouva la nature infectieuse du tétanos par la transmission de l'infection de l'homme aux animaux et d'un animal à l'autre.

Les études sur les modifications circulatoires du sang dans le cerveau pendant la narcose (1885), les expériences sur les Thyroïdes (1888) montraient la maturité nécessaire pour résoudre les problèmes les plus ardus de la pathologie chirurgicale.

Appelé à l'enseignement libre de la propédentique chirurgicale (1886) il assuma le service d'abord comme aide (1886) puis comme chef (1888) de l'hôpital Mauriziano Umberto I de Turin ; c'est là que, dans la suite, il devait faire briller ses éminentes qualités de technique chirurgicale.

Dans ces attributions nouvelles il ne négliga jamais d'étendre son activité scientifique qui cherchait à résoudre les problèmes de la chirurgie actuelle. C'est ainsi qu'en 1890, en collaboration avec Lustig, il étudia l'étiologie du goitre endémique ; en 1894 il fit un rapport au XIe congrès de la Sté Italienne de

Chirurgie sur les affections bénignes de l'estomac et sur leur traitement chirurgical.

La chaire de pathologie spéciale de chirurgie à l'Université de Turin étant devenue vacante par suite de la mort du Professeur Pacchiotti, il en devint titulaire extraordinaire (1894-1895) puis ordinaire. Il en assuma la direction jusqu'en 1900, époque à laquelle il fut appelé à la succession du Professeur BRUNO dans la chaire de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à la même Université.

Son œuvre chirurgicale resplendit grâce à son labeur incessant comme Directeur de la R. Clinique Chirurgicale et de l'Hôpital Mauriziano. Cette renommée est établie par les nombreuses statistiques sur les myomectomies pour fibromes de l'utérus et sur la chirurgie gastrique, et par de remarquables monographies sur la pathologie chirurgicale de l'estomac et sur la chirurgie des thyroïdes. Sa brillante maîtrise s'étendit encore dans d'autres domaines de la chirurgie ; il publia une étude sur un sarcome du centre de Broca, sur l'extirpation de la rate, sur l'opération de Talma dans la cirrhose hépatique, sur la chirurgie des voies biliaires, sur la résection partielle du larynx dans les tumeurs malignes, sur la chirurgie rénale, sur l'appendicite, et sur la tuberculose des voies urinaires.

L'œuvre du maître fut couronnée de succès. Sa clinique donna de nombreux chirurgiens des hôpitaux et de remarquables élèves dans la vie académique nationale tels que Galeazzi, Donati, Uffreduzzi, Fasiani qui apportèrent dans l'enseignement supérieur de la chirurgie les remarquables directives d'une école d'où naquirent les progrès nouveaux de la chirurgie contemporaine.

ALESSANDRI.

***

Prof. Dott. ORESTE CIGNOZZI (Grosseto)

1877-1929

Si è spento a soli 52 anni dopo breve malattia il prof. dott. Orestè Cignozzi chirurgo primario e direttore dell'Ospedale di Grosseto. Riassumere in brevi linee l'attività scientifica dell'Estinto non è impresa facile perchè egli lascia oltre cento lavori, alcuni dei quali veramente pregevoli come quelli riguardanti le echinococcosi, la terapia delle tubercolosi chirurgiche, le lesioni settiche, ecc. Fu uomo di vasta dottrina e di grandissima attività ; clinico di grande acume ed operatore

espertissimo ; collaboratore dei migliori giornali italiani di medicina e ricercato anche da molte riviste straniere. Il « Policlinico » ebbe da Lui notevoli e numerosi contributi scientifici. La sua vita è stata tutta una dedizione alla famiglia, alla scienza, all'umanità. Amava l'Ospedale di Grosseto come una sua creatura prediletta ed il suo sogno ambito era di vederlo grande e moderno. Alla vigilia di veder realizzato questo suo sogno per cui egli tanto aveva combattuto e lottato, Egli ha chiuso la sua breve e laboriosa carriera. A Lui l'estremo vale ed il tributo di affetto di quanti lo conobbero.

Dott. B. De Luca.

*
* *

Le Docteur ROSTIROLLA

1854-1927

Le Docteur Antonio Rostirolla était membre de la Sté Internationale de Chirurgie seulement depuis 1920 et ne put être présent à nos Congrès. Il fut un des derniers assistants de Vanzetti, et un des premiers assistants de Bassini. Lorsqu'il fut nommé Chirurgien en chef de l'Hôpital de Trento (alors soumis à l'Autriche) non seulement il y apporta la méthode antiseptique, mais il y introduit la méthode, aujourd'hui classique, de la cure radicale de la hernie d'après Bassini et la fit passer de l'autre coté des Alpes, à Unusbrucci et plus loin encore.

Il ne laisse que très peu de publications. écrites avec un sens spécial de précision et de responsabilité, mais en exerçant pendant 40 ans la chirurgie à Trento, il servit dignement notre art et forma une longue série de chirurgiens qui s'essaimèrent dans les hôpitaux de la vallée de l'Adrige et du Tyrol.

XII. — Japon

Surgeon Vice Admiral Tadao HONDA, I. J. N.

Dr. Tadao Honda, Surgeon Vice Admiral, I. J. N. was born in the town of Utsunomiya, July 22. 1858.

He graduated College of Medicine, Tokyo Imperial University in 1884 and in 1887 entered in the Japanese navy as Surgeon Lieutenant.

Thereafter he went through his maritime career as Chief Surgeon of warships and then he occupied important position in the Japanese Navy as Member of Central Health Commision of the Imperial Japanese Navy, Instructor of Naval Staff College and Naval Medical College.

June 1894, as Surgeon Lieutenant Commander made his service at Yokosuka Naval Hospital during the Chino-Japanese War. After the armistice, he was appointed Chief Surgeon of Naval Cadet School and then was shifted to Instructor of Naval Medical College.

January 1903, he was detailed to the 14th International Medical Conference in Madrid Spain.

January 1904, he was appointed Chief Surgeon of the Kobe Maru, the Japanese naval hospital ship and he made a splendid service during the Russo-Japanese War.

April 1905, he obtained the degree of Igaku Hakushi.

June 1905, appointed Director of Yokosuka Naval Hospital and Commanding Surgeon of Yokosuka Naval Station.

January 1906, he was appointed Director of Naval Medical College and was promoted to Surgeon Rear Admiral.

December 1913, he was promoted to Surgeon Vice Admiral.

December 1915, he was appointed Director of the Bureau of Medical Affairs, Navy Department, from which he resigned and was shifted to Attendant Officer of Naval General Staff Office, December 1919.

July 1920, he was put in the reserve list and was decorated with the Grand Cordon of the Rising Sun by his great service during the World War.

Since his retirement from his naval service, he spent his public life as Member of Investigation Commission of Japanese Materia Medica, especially as President of Japanese Cancer Research Commission.

He died of a sudden disease at his home, Azabu, Tokyo, December 13. 1928 at his 71st age.

Among his works the research for aetiology and pathology of cancer is very famous.

MYAKE.

Prof. Dr. HAYAZO ITO

Was born at the Village of Yoshikata, Country of Yuumi, Province of Inaba, Prefecture of Tottori, 1865 ; graduated from the College of Medicine, Imperial University of Tokyo,

1889 ; made a special study of surgery under late Prof. T. Kocher at Bern, 1896-1899 ; appointed professor of surgery at Kyoto Imperial University, 1899, and in addition suprintendent of the university Hospital, 1900 ; and dean of the College of Medicine, 1914 ; was made by imperial nomination a member of the Imperial Academy, 1917 ; retired as Professor emeritus, 1923 ; deceased at his home at the City of Tottori, Prefecture of Tottori, May 14, 1929.

*
* *

Tokutaro NAKAHARA

Tokutaro Nakahara, M.D., born July 4, 1871, in Kyoto ; graduated from College of Medicine, Imperial University of Tokyo, in 1899 ; specialised in surgery ; studied further in Würzburg, Heidelberg and Vienna. 1907-1909 ; received the degree of « Igakuhakushi » (M.D.), 1911 ; deputy-chief-surgeon of Rakusando Hospital. 1900-1914 ; founded Nakahara Hospital in 1914 and acted as its chief surgeon since then ; Director of Nihon-Igaku-Semmongakko, later Nihon-Ika-daigaku, a medical college, since 1918 ; Member of the House of Representatives (from Tokyo), since 1923 ; Member of the Central Board of Health, Ministry of Interior, since 1926 ; 4th Class of the Order of Sacred Treasure ; Imperial Court Rank Sixth Senior ; died in Tokyo, November 17, 1927.
Publications :

On the mechanical condition in the development of plate foot.

Subcutaneous and intramuscular formation of bone after injection, especially inplantation of periost suspension, etc.

XIII. – Pologne

Docteur Alexandre CIECHOMSKI

Né en 1870, a fait ses études médicales à l'Université de Varsovie, où il les acheva en 1894 avec mention (cum eximia laude). Muni de son diplôme il travailla dans les cliniques chirurgicales à Varsovie jusqu'à l'année 1901, il passa ensuite une année à la clinique du professeur Mikulicz à Breslau. Rentré à Varsovie il commença à travailler dans le service de chirurgie de l'hôpital « de la Transformation » à Praga (rive droite à Varsovie).

Pendant la guerre mondiale, il fut chef d'un hôpital militaire de 500 lits à l'Hôpital de l'Enfant Jésus. En 1916 devenu chef d'un service de chirurgie à Praga il garda la direction de ce service jusqu'à la fin de ses jours.

C'était un chirurgien d'un grand talent, doué d'un tempérament exceptionnel ; il consacrait entièrement ses forces à la chirurgie qu'il aima tant.

65 travaux scientifiques publiés en différentes langues constituent sa succession scientifique. L'idée de rapprocher la chirurgie polonaise de la chirurgie des autres pays ne le quittait jamais. Longtemps avant la guerre mondiale il faisait des efforts considérables pour établir le contact permanent avec la chirurgie française. Membre de nombreuses Sociétés Polonaises et Etrangères, il ne manquait jamais un Congrès, sa participation y fut toujours des plus actives. Délégué de la Société Internationale de Chirurgie à Rome, il fut élu secrétaire pour le Congrès de Varsovie de 1929, Malheureusement une maladie impitoyable interrompit le 14 mai 1928 le fil d'une vie extrêmement active et pleine de travaux chirurgicaux.

KRYNSKI.

***

WACLAW DOBROWOLSKI

A un âge relativement jeune, 47 ans, mourut un de nos membres polonais, le Dr. Waclaw Dobrowolski, chirurgien en chef de l'Hôpital de la Croix Rouge à Varsovie. Il avait fait ses études à Varsovie et à Kazan et fut pendant plusieurs années assistant du célèbre professeur Kijewski à Varsovie et du professeur Rydygier à Lwów.

Bon organisateur et opérateur habile, il publia plusieurs ouvrages dans les périodiques polonais.

***

LOEWENSTERN

Le Dr. Loewenstern naquit le 23 avril 1873 dans la propriété Oltarzew appartenant aujourd'hui à la voievodie et au district de Varsovie. Il fit ses études d'abord au V-e gymnase à Varsovie, ensuite à la Faculté de Médecine de l'Université de Varsovie où il obtint son diplôme de médecin le 29 mars 1898.

Dès les premiers jours de pratique médicale il s'adonna à la chirurgie en travaillant d'abord en qualité d'assistant-externe auprès du Dr. André Ciechomski de 1897 à 1915 d'abord à l'Hôpital St. Roch ensuite à l'Hôpital de l'Enfant Jésus.

Durant la guerre japonaise il a fait son service militaire en Extrême Orient, comme médecin de réserve de l'armée russe en qualité de chef du service chirurgical de l'Hôpital militaire à Chabarowsk sur Amur.

De 1915 jusqu'à sa mort le Dr. Loewenstern a été médecin en chef du service chirurgical de l'Hôpital de la Croix Rouge à Varsovie, 6, rue Smolna.

Il fit partie de la Direction de la Société des Chirurgiens Polonais dès sa fondation, y faisant fonction de Secrétaire.

Depuis 1913 il était Président de la Section Chirurgicale de la Société Médicale de Varsovie et de 1919 à 1921 il fit son service militaire dans l'armée polonaise à l'Hôpital militarisé de la Croix Rouge, à Varsovie.

Il mourut après une longue maladie, le 26 mars 1929.

* * *

Alexandre ZAWADZKI

La chirurgie polonaise a éprouvé l'année dernière une perte cruelle : celle du Dr. Alexandre Zawadzki, un de ses membres les plus distingués et les plus sympathiques.

C'était un chirurgien par vocation, dévoué à ses malades, d'une activité incessante, plein d'entrain, audacieux dans l'acte chirurgical et s'intéressant à tous les problèmes de la chirurgie. Depuis quelques années il s'était spécialisé dans la chirurgie de la partie supérieure de l'abdomen et des voies biliaires. Sans avoir une chaire officielle, il rassemblait autour de lui des jeunes médecins, qu'il enrichissait de son expérience et encourageait par son exemple.

Il était un des plus ardents propagateurs de l'idée du rapprochement entre les nations sur le terrain scientifique et un des premiers membres polonais de la Société internationale de Chirurgie. Aussi il ne manquait aucun des Congrès et c'est en grande partie grâce à ses efforts que Varsovie fut élu comme siège du VIII^{me} Congrès. Malheureusement il ne lui fut pas donné d'y prendre part lui-même, ce qu'il avait tant désiré. Une maladie grave, dont son entourage se doutait à peine, le minait depuis des années et mit une fin prématurée à cette vie riche et laborieuse.

* * *

WITOLD ZURAKOWSKI

En 1927 un de nos collègues polonais le Dr. Witold Zurakowski est mort à l'âge de 60 ans.

Ayant fini ses études à Varsovie il travailla dans la clinique du professeur Sawicki pendant plusieurs années. La guerre mondiale le força de joindre l'armée russe et de prendre part à la campagne. De retour à Varsovie il fut nommé chirurgien en chef d'abord de l'hôpital militaire à Varsovie ensuite de l'hôpital militaire à Ciechocinek.

Le défunt était membre de plusieurs associations chirurgicales polonaises et étrangères.

XIV. — Suisse

ALBERT REVERDIN

(1881-1929)

Albert Reverdin vient de mourir, à Genève, après de longs mois de maladie.

Cette mort qui frappe un homme en pleine maturité, âgé à peine de 48 ans et paraissant taillé pour la lutte, plonge dans la consternation tous ceux qui l'ont connu, et dans la douleur tous ceux qui l'ont aimé

Il était le fils d'Auguste Reverdin, le neveu de J. L. Reverdin, l'élève de César Roux ; c'est-à-dire qu'il appartenait à la ligne de ces grands chirurgiens qui font honneur à la profession médicale. Il avait le tempérament et les qualités qui, suivant l'expression de J. L. Faure, révèle l'« âme du chirurgien ».

Ceux qui, venus de France ou de l'Etranger, ont visité sa maison de santé de Champel, centre de son activité chirurgicale, ont pu admirer ses qualités d'opérateur et d'organisateur.

Et ceux qui ont été ses hôtes ou qui furent les habitués de son foyer, en cette villa de Bellerive, sur les bords du Lac Léman, ont pu apprécier le charme d'une hospitalité sans pareille, et qu'on pourrait dire renouvelée de l'antique.

Albert Reverdin était un grand ami de la France. Dès le début de la guerre, en 1914, Albert Reverdin quittait Genève. Abandonnant ses occupations professionnelles il parvint à surmonter les difficultés dressées par les autorités militaires

de son pays, et muni de son matériel chirurgical, il vint se mettre, avec ses aides, à la disposition de notre service de Santé. Pendant quatre ans et demi, d'abord chirurgien d'hôpital à Bourg, puis chirurgien-chef du secteur de la 7ème Région, il se dépensa sans compter et consacra aux soins de nos blessés tout son temps, tout son savoir, tout son talent.

C'est là, qu'en 1917, je l'ai connu. De cette époque date une amitié dont seule la mort aura pu rompre les liens.

Albert Reverdin comptait à Paris, dans les milieux médicaux, beaucoup d'amis. Il était parmi les étrangers, l'un des membres les plus assidus des Congrès de Chirurgie. Il était officier de la Légion d'Honneur et membre correspondant de la Société de Chirurgie.

Avec lui disparaît une figure pleine de personnalité et de séduction, capable de dévouement et d'exquise sensibilité, mais ne voulant s'ouvrir qu'à ceux qui savaient soulever le voile du mystère dont il aimait à s'envelopper.

Ceux-là perdent en lui un véritable ami.

GUSTAVE ROUSSY.

(Presse médicale, 2 février 1929)

***

JACQUES REVERDIN

1842-1929

Le monde médical a appris avec une douloureuse émotion la mort du docteur Jacques L. Reverdin, professeur honoraire à l'Université de Genève, décédé dans sa quatre-vingt-septième année. C'est une des grandes figures de la chirurgie qui disparaît. Il avait fait ses études médicales à Paris où il obtint en 1869 la médaille d'or de l'internat. Sa thèse lui avait valu une médaille de la Faculté et un prix de l'Académie de Médecine. Il dirigea en chef, comme chirurgien, pendant le siège de Paris, l'ambulance créée par la colonie suisse au Collège Chaptal. Pendant son internat, il décrivit le moyen d'accélérer la guérison des plaies étendues en greffant à leur surface de petits lambeaux d'épiderme détachés des parties saines de la peau du malade lui-même ; et ce procédé de la greffe épidermique, publié en 1872, rend déjà célèbre le nom du jeune chirurgien, à peine trentenaire.

Rentré à Genève, malgré les sollicitations de ses maîtres français, il y acquiert d'emblée une grande autorité. Chirur-

gien de l'Hôpital cantonal, où il applique les méthodes antiseptiques nouvellement introduites dans la pratique, il est nommé à la Faculté que l'on crée, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, chaire qu'il occupa pendant trente-quatre ans. Dans sa clinique privée, qu'il fonda avec son cousin, le docteur Auguste Reverdin, il fit vers 1880 les premières opérations de goître, extirpant la totalité de la glande thyroïde dont on ne connaissait pas les fonctions. On sait les troubles qui s'ensuivirent chez ces opérés. Reverdin les décrit, les trouve semblables à ceux du myxœdème, et conseille, dans les opérations, de toujours laisser en place une parcelle de glande saine. ce qui a permis le progrès dans la technique de cette intervention.

Il invente peu après une aiguille qui, dans l'arsenal chirurgical, a gardé son nom.

Jacques Reverdin fut victime d'une infection opératoire qui, malgré tous les traitements et tous les soins, le priva peu à peu de l'ouïe. Cette infirmité n'entravait pas chez lui le travail et la recherche scientifique, car dans la retraite qu'il s'était choisie, il se consacra avec ardeur à l'étude des papillons et plus particulièrement de leur anatomie et de la physiologie de la génération.

La mort de Jaques Reverdin endeuille à nouveau la médecine internationale si douloureusement frappée depuis quelques semaines.

XV. — Tchécoslovaquie

Rudolf JEDLICKA

1869-1926

Rudolf Jedlicka, professeur ordinaire de chirurgie et de radiologie, directeur de la IIème clinique chirurgicale de l'Université Charles à *Prague*, appartient aux hommes les plus remarquables de la vie scientifique et publique *tchèque*. Né le 20 février 1869 à Lysá en Bohême, fils d'un praticien bien connu dans la région, il termina ses études à l'Université de Prague. Interne et élève du célèbre chirurgien Charles Maydl lequel était à ce moment à l'apogée de ses capacités scientifiques et jouissait d'une renommée mondiale, Jedlicka commença, bien que très jeune, sa carrière scientifique et grâce à l'influence de son grand maître, son talent chirurgical et son énergie, il devint bientôt lui-même un excellent opérateur,

travailleur et courageux, infatigable particulièrement *en radiologie*. Nommé en 1901 professeur agrégé à la faculté de Prague, il devint chef provisoire de la clinique chirurgicale après la mort prématurée du professeur Maydl en 1903 et directeur du service chirurgical de la polyclinique en 1905. En 1907 Jedlicka est nommé professeur extraordinaire, en 1921 professeur ordinaire et directeur de la IIème clinique chirurgicale à Prague dont il resta le chef jusqu'à sa mort prématurée survenue le 26 octobre 1926 mettant impitoyablement fin à une vie en pleine activité.

Pour avoir un aperçu et estimer à sa juste valeur l'œuvre scientifique du professeur Jedlicka, il ne suffit pas de considérer seulement ses travaux scientifiques publiés dans les journaux médicaux, mais il faut se faire une idée de son activité scientifique telle qu'elle s'est manifestée de vive voix dans les conférences nombreuses, par des démonstrations et des discussions dans les réunions de médecins, par l'exemple personnel dans la solution des devoirs pratiques étroitement unis au développement de la médecine tchèque.

Le professeur Jedlicka a écrit peu de traités scientifiques. Non certes qu'il n'eût rien à dire — son extraordinaire activité en ce qui concerne la participation aux conférences et démonstrations nous prouvent justement le contraire — mais des raisons et motifs personnels et généraux l'empêchèrent effectivement de travailler suivant son programme et ne lui permettaient même pas de préparer pour l'impression ses conférences.

L'activité quotidienne, physique et intellectuelle, exténuante à tous les points de vue et imposée à Jedlicka en dehors de ses consultations médicales, par sa participation à des projets grandioses, à des sociétés sans nombre, à des corporations humanitaires et, dans les cinq dernières années, son activité clinique, ne lui permirent pas de travailler en paix à la préparation minutieuse de ses conférences et c'est ainsi qu'il n'a été publié qu'une petite partie des discours prononcés par lui. Une partie de la faute, si on peut appeler ainsi le fait que Jedlicka fut écarté d'une activité systématique plus intense, incombe à son activité productrice et organisatrice. Ici se pose justement la question de savoir si cette activité tellement nécessaire et importante au développement de la vie culture-médicale tchèque était moins précieuse que l'activité scientifique s'il avait pu se vouer exclusivement à celle-ci, même si nous devons prendre en considération que Jedlicka donna naissance à des institutions qui sans sa perspicacité,

son initiative, son énergie et sa persévérance ne se seraient prob blement pas réalisées. C'est uniquement à son esprit productif et large que nous devons la création du *Sanatorium de Podol*, de l'*Institut pour les mutilés, de la IIème clinique chirurgicale, de l'Institut d'Etat radiologique* et *radiothérapeutique, de l'organisation des ateliers orthopédiques dans l'Institut Jedlicka*, l'usine des moyens d'enseignement.

Et pourtant les publications peu nombreuses mais d'autant plus précieuses du professeur Jedlicka témoignent de ses capacités géniales et de son universalité, embrassant pour ainsi dire tous les domaines importants de la chirurgie. Dans les travaux de Jedlicka sont représentées la *chirurgie cérébrale et des os, celle de l'estomac, du cancer, des voies biliaires et urinaires à côté de la chirurgie des blessures de guerre*. Si nous nous rappelons ses travaux dans le domaine de la *roentgenologie*, ses études traitant la *question de la prothèse*, son activité de conférencier et de propagandiste en faveur du *traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire*, nous ne pouvons qu'admirer la profondeur et la largeur de son esprit.

Les premiers travaux scientifiques de Jedlicka se rattachent à la roentgenologie. Ce sont : « *Sur la skiagraphie et skiaskopie par les rayons roentgen et leur valeur diagnostique dans la chirurgie* » et « *Remarques sur les roentgenogrammes* ». Ces deux ouvrages furent publiés en 1899 dans la *Revue de médecins tchèques* et en langue russe dans la gazette « *Bolnicnaja Gazetta Botkina* ». Déjà dans ses prémices Jedlicka se montrait maître en roentgenologie aussi bien au point de vue théorique qu'au point de vue pratique. Comme j'ai déjà eu l'occasion de le remarquer ailleurs, ce travail est un *document historique* d'une valeur constante dans les annales de la roentgenologie tchèque ; mais il a encore une valeur scientifique. Pour la première fois dans la littérature médicale tchèque la question de la base théorique des rayons Roentgen a été traitée d'une manière claire, l'importance de la découverte de Roentgen pour la chirurgie a été définie et les perspectives et les conséquences pratiques qui découlent de cette découverte pour la médecine en général ont été précisées. Cette même année et l'année suivante Jedlicka présente au public d'autres études sur la roentgenologie : « *Ueber die skiagraphische Diagnostik der Verletzungen des Ellbogengelenkes* » (sur le diagnostic skiagraphique des lésions de l'articulation huméro-cubitale). Le premier de ces travaux a paru dans le « Fortschritte auf dem Gebiette der Roentgenstrahlen ». Le second fut incorporé par *Albers-Schönberg*

dans le recueil « Archiv und Atlas der normalen und pathologischen Anatomie in typischen Roentgenbildern » (Hambourg 1900). Ces deux publications précieuses et les roentgenogrammes de Jedlicka exposés en 1900 à *l'Exposition Internationale de Paris*, firent connaître le nom du professeur bien au delà de sa patrie. En outre l'incorporation de son étude sur l'anatomie topographique de l'articulation huméro-cubitale dans l'Atlas Allemand était, particulièrement à cette époque, une appréciation flatteuse du travail d'un auteur tchèque.

Si la participation du professeur Jedlicka dans la roentgenologie tchèque est estimée, et cela avec droit, comme directrice et novatrice, sa participation au développement de la chirurgie tchèque est proportionnée à l'importance de l'école dont il sortait. Jedlicka s'est montré sous tous les rapports un élève digne de son maître *Maydl* et a contribué au plus haut point et d'une manière glorieuse à relever la célébrité de la chirurgie tchèque. Déjà dans son premier travail scientifique chirurgical traitant de la rachi-anesthésie, Jedlicka montrait sa griffe de lion. Non seulement à cette époque, mais pendant toute sa vie, il est caractéristique qu'il a toujours témoigné un intérêt très vif aux découvertes de la médecine et spécialement en matière de chirurgie et a toujours distingué à temps, comme par un instinct naturel, la mauvaise herbe du blé. De même qu'il sût immédiatement apprécier la découverte des rayons Roentgen et qu'il entreprit tout pour se rendre maître pratiquement de cette découverte pour les besoins de la chirurgie, il a également discerné avec perspicacité l'importance considérable de l'anesthésie par le procédé *Bier* et déjà peu après la première communication de celui-ci il se présenta avec une étude clinique et expérimentale documentée dans laquelle on retrouve la marque de son esprit d'analyse aigu, son sens de l'appréciation de la preuve expérimentale même dans la pratique.

Le deuxième travail scientifique qui assure au professeur Jedlicka une place d'honneur permanente non seulement dans l'histoire de la chirurgie tchèque, mais aussi sur le forum mondial, est sa proposition *de traitement radical des ulcères gastriques et des phénomènes qui les accompagnent*. Pour ce travail le professeur Jedlicka prit une position indépendante et traça énergiquement une voie entièrement nouvelle aussi bien dans son acceptation, que dans son exécution. La lutte entre les partisans de la manière radicale et ceux de la manière palliative du traitement chirurgical de l'ulcère gastri-

que a duré plus de vingt ans et, pendant toute cette période, le travail du professeur Jedlicka fut cité en faveur des partisans de la manière radicale. Jedlicka eut la satisfaction de voir pendant ses dernières années que le traitement explicitement préconisé alors qu'il n'était que jeune assistant absolument convaincu de la valeur de ce procédé, était de plus en plus employé précisément dans le milieu de ses adversaires d'autrefois.

Le troisième acte important qui assure à Jedlicka la postérité dans la chirurgie contemporaire et future est sa *proposition de pancréato-gastrostomie dans l'opération des kystes pancréatiques*. Le génie du professeur Jedlicka se manifesta ici de nouveau d'une manière originale. Quoi de plus naturel et de plus simple que de faire rentrer la masse du kyste là où est incontestablement sa place c'est-à-dire le retour dans le tractus gastro-intestinal. La nouvelle méthode a déjà pris sa place dans la chirurgie du pancréas et est devenue la propriété commune des chirurgiens comme en font preuve les informations et la littérature étrangère et comme en furent témoins les assistants du congrès de 1926 de la Société Allemande Chirurgicale à Berlin où Hohlbaum, de la clinique Payr de Leipzig, a pleinement apprécié cette proposition ingénieuse du professeur Jedlicka.

En 1913 Jedlicka donna un compte rendu de ses expériences dans la roentgen- et radiothérapeutique dans une conférence : « *Sur la radiothérapie des tumeurs malignes* ». (Annales d'électrobiologie et de radiologie, Paris). Il précise ses expériences acquises par irradiation à peu près comme suit :

1) Le cancer superficiel peut être guéri localement après l'irradiation ; cette guérison ne peut cependant pas toujours arrêter la propagation des métastases profondes qui se terminent par la mort.

2) Dans des cas inopérables surtout de tumeur superficielle exulcérée, la radiothérapie est la meilleure méthode palliative curative.

3) Dans des cas opérables la radiothérapie n'est pas à même de remplacer l'opération, mais elle peut, comme complément, améliorer les résultats chirurgicaux.

Il nous faut reconnaître avec admiration que le point de vue du professeur Jedlicka proclamé il y a treize ans, reste encore exact malgré les progrès considérables de la radiothérapie.

Si le professeur Jedlicka s'est illustré par ses travaux roentgenologiques et par ceux que nous venons d'énoncer, d'une manière honorable et ineffaçable non seulement dans l'histoire de la chirurgie tchèque mais aussi internationale, il nous a donné encore d'autres travaux dont je considère la valeur spéciale dans le fait que le professeur Jedlicka, avec une vue large de la chirurgie contemporaine et passée, a su traiter de telle façon certains chapitres de la chirurgie d'une manière claire et critique que devant les yeux du lecteur se présentait une image complète, précise et subjectivement présentée d'une question quelquefois vaste et compliquée. J'ai principalement en l'esprit trois travaux étendus qui élaborent sous forme de rapport critique et synthétique certaines branches de la chirurgie auxquelles l'individualisme du professeur Jedlicka donne cependant la valeur de travaux originaux et laborieux. Ce sont : « *Sur la plastique et la transplantation dans la chirurgie* », « *Sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par la chirurgie* » et « *Sur la résection des voies biliaires par un accident opératoire et la reconstruction du canal biliaire* ».

Des inventions chirurgicales du professeur Jedlicka dans la chirurgie témoignent de même la *nouvelle manière de la skapulopexie* proposée théoriquement par lui en 1923 et qu'il me fit appliquer dans un cas de dystrophie juvénile progressive des muscles. Cette nouvelle opération entreprise jusqu'ici dans trois cas a donné de bons résultats durables.

Jedlicka fut un des premiers chirurgiens tchèques qui dans la plus grande mesure a traité les fractures et pseudarthroses par la voie opératoire — *l'ostéosynthèse* — et au congrès de la Société chirurgicale gynécologique, en 1921, dans une conférence détaillée accompagnée de nombreux skiagrammes, il a référé sur 65 cas opérés de cette manière où il a obtenu environ 80 p.c. de bons résultats. Dans cette conférence Jedlicka a aussi fait mention de ses *plastiques des os* (remplacement du tibia par la fibule) et a démontré sur un grand nombre de skiagrammes la marche progressive de l'hypertrophie de la greffe transplantée ainsi que les merveilleux résultats définitifs obtenus.

La description de l'universalité chirurgicale du professeur Jedlicka ne serait pas complète si je ne rappelais sa collaboration extraordinaire dans la question du *traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau*. En 1921 il a fait une conférence sur ce difficile et délicat chapitre : « *Sur les résultats du traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau* ». Dans cette intéressante conférence il a fait part de ses expériences personnelles des méthodes du traitement acquises

dans sa clientèle privée pendant 20 ans chez 38 malades atteints de névralgie faciale. Les moyens du traitement du professeur Jedlicka étaient les suivants : Irradiation par les rayons Roentgen, des injections d'alcool, neurectonie périphérique et ablation du ganglion Gasser. Cette dernière opération a été effectuée dix fois par le professeur Jedlicka sans un seul cas de décès.

La dernière publication du professeur Jedlicka est une conférence prononcée lors de l'ouverture du premier congrès de la Société tchécoslovaque pour la roentgenologie et radiologie, tenu en mai 1926. Le premier président de la Société roentgenologique tchèque évoque ici, d'une manière même trop modeste, le souvenir des débuts de la roentgenologie tchèque — son œuvre propre qu'il a dû payer de sa santé — par contre, plein de riches projets, il porte un regard perspicace et confiant sur l'avenir et montre l'aurore d'un avenir meilleur de notre radiologie.

Jedlicka a rendu compte de ses riches expériences chirurgicales acquises pendant la guerre balkanique à laquelle il a pris part avec une expédition de secours financée par ses propres moyens, d'une part dans les Annales des médecins tchèques, années 1912, dans l'article « *Sur les complications et le cours des blessures de guerre* », d'autre part dans une conférence « *Les expériences chirurgicales de la guerre balkanique* », « *La statistique des blessures de guerre traitées à l'hôpital militaire de Belgrade* ». Les résultats obtenus par Jedlicka à Belgrade furent merveilleux et ont provoqué sur le lieu même l'admiration bien méritée de nombreux chirurgiens étrangers ; ils appellent encore aujourd'hui notre profonde admiration. Ainsi par exemple dans cinq cas de sutures d'artères entreprises par le professeur Jedlicka, il a obtenu une gérison de 100 p.c. Sur 71 cas de graves fractures compliquées et infectées il a perdu un seul malade. La mortalité totale des grièvement blessés se montait à 21 p.c. ce qui signifie que sur 1788 blessés traités par lui 38 seulement sont morts.

Cette énumération du travail scientifique du professeur Jedlicka qui ainsi esquissée ne peut prétendre être complète, donne néanmoins une image claire de son esprit mûr à tous les points de vue, scrutateur et toujours infatigable, l'image d'un chirurgien moderne possédant un horizon universel. *Par ce travail éminent et infatigable entrepris pour le développement de la chirurgie tchèque, le professeur Jedlicka restera toujours la gloire et la célébrité de la chirurgie tchèque.*

Dr. DIVIS, Prague.

Prof. Dr. Otakar KUKULA, Praha (C.S.R.)

Recteur de l'Université Charles à Prague (Rép. Tchécoslovaque) dans les années 1924-25, professeur (titulaire) de pathologie et de thérapie des maladies chirurgicales le professeur Kukula est décédé le 11 août de l'année 1928 à Gräfenberg, ville d'eaux de Silésie. Il s'éteignit subitement après une grave maladie qui imposa, durant trois années, à l'assidu clinicien et savant qu'il était, beaucoup de renonciations et l'entrava dans l'exercice de son occupation préférée de chirurgien.

Prof. Dr. Otakar Kukula est né à Jicin (en Bohême, Rép. Tchécoslovaque) le 2 août 1867. Il a fait ses études au gymnase de sa ville natale, ses études de médecine en partie à Vienne, puis à Prague, où il a aussi pris le grade de docteur en 1890. La même année il entra au service de chirurgie du professeur Weis, ensuite en 1894 il fut nommé chef-médecin de la clinique du professeur Maydl. En 1897 il présenta sa thèse d'agrégation sur la pathologie des maladies chirurgicales. Aussitôt après il entreprit un grand voyage d'études aux Etats-Unis d'Amérique du Nord, où il eut de nombreuses occasions de connaître tous les nouveaux courants de la chirurgie moderne. En 1901 il fut nommé professeur chargé de cours et en 1904 il reçut le grade de professeur titulaire simultanément avec le poste de chef à la clinique tchèque de chirurgie. Depuis 1908 il était membre associé de l'Académie Tchèque des Sciences et des Arts, en 1924 il en fut élu membre titulaire. Il était membre correspondant de l'Association of military surgeons en Amérique, membre de la société italienne d'urologie, délégué national à la société internationale d'urologie. Dans l'année universitaire de 1924-25 il fut recteur de l'Université Charles.

Le professeur Kukula a manifesté dans sa vaste activité scientifique, qui comprend 36 essais et 5 publications de livres et où il s'occupe presque de toutes les branches de la chirurgie, un penchant et un goût particuliers pour la chirurgie abdominale et celle des voies urinaires.

Il faut avant tout relever le grand mérite de Kukula d'avoir introduit et élargi la question des maladies de l'appendice coecal et de son traitement opératoire dans le monde médical tchèque. Dans ses conférences et dans son manuel classique il a réussi à vaincre par des déductions persuasives l'esprit de conservation qui subsistait jusqu'alors dans le traitement de cette maladie et de persuader de nombreux médecins de

l'absolue nécessité du traitement opératoire de ce fléau de l'humanité. Le livre de Kukula sur l'inflammation de l'appendice du coecum (l'appendicite) est l'œuvre d'un travail sincère et honnête et l'expression de sa propre conviction sur beaucoup de vues. La seconde question de chirurgie abdominale dont Kukula s'occupe est l'iléus.

Il entreprit un grand travail expérimental, qu'il a exécuté en partie au laboratoire du professeur Nencki à Pétersbourg, en partie chez le professeur Horbaczewski à Prague. Il démontra d'une manière claire et persuasive, en se basant sur des expériences ingénieusement faites, que la cause de la fin mortelle dans les cas de l'iléus est l'auto-intoxication de l'organisme par l'accumulation du contenu de l'intestin. Les résultats de ce travail furent acceptés par tous les auteurs qui s'occupaient de cette question et beaucoup d'entre eux les ont confirmés sous tous les rapports. Clairmont, Ranzi, Wilms entre autres. Il a noté ses expériences finales sur l'iléus en général dans un livre spécial. « La pathologie et la thérapie de l'iléus », qu'il a publié dans les conditions difficiles d'après la guerre. Dans ce traité l'anatomie pathologique et l'image clinique de toutes les différentes sortes de cas d'iléus sont examinés avec une telle clarté, une telle universalité et une telle conviction qu'il est devenu non seulement un manuel, mais un livre qu'un spécialiste riche en expériences aime toujours à relire. Les travaux suivants dans le domaine de la chirurgie abdominale sont les traités sur les lésions et la thérapie des blessures de l'estomac, causées par les armes à feu, sur les causes de l'entérorrhagie consécutive à l'étranglement de la hernie et beaucoup d'autres.

Dans le domaine des maladies des voies urinaires Kukula fraya chez nous un chemin aux nouvelles méthodes diagnostiques et thérapeutiques. Sa clinique fut le premier institut en Bohème, où l'on a commencé à employer le cathétérisme des voies urinaires et de la diagnose fonctionnelle dans les maladies des reins.

Déjà dans sa jeunesse, il a coopéré à résoudre la question de suture de la vessie qui accompagne la section haute de l'épicystomie (sectio alta, epicystotomia). Ensuite, en 1902 il apporte une nouvelle méthode de fixation des reins flottants (ren migrans) et dystopiques (dystopia) qui depuis ce temps est introduite et pratiquée dans sa clinique. Kukula a noté ses riches connaissances des maladies des organes uropoétiques dans une étude synthétique, parue en 1912 dans le « Sbornik lékarsky » (Recueil médical), où il a parlé de

leurs bases pathologiques et anatomiques et de leurs images cliniques. Dès les premiers débuts de sa carrière scientifique il s'occupa de la physiographie des calculs urinaires ; il a examiné dans ce but les nombreuses collections de calculs à la clinique et le fruit de ces recherches est la monographie « sur la lithiase de la vessie en Bohême » qui parut en 1894, en langue tchèque et en allemand, et qui est jusqu'à présent la seule source pour les études de ce genre. A côté de cela il s'occupa de l'étiologie et de la thérapie des abcès paranéphrétiques et c'est de nouveau à son initiative que nous devons leur connaissance diagnostique.

Le professeur Kukula a aussi voué une grande attention au traitement des fractures des os. L'insuffisance des méthodes employées jusqu'à ce jour dans les fractures ouvertes et dans celles qu'on ne peut pas maintenir dans la position exacte, l'a conduit à propager la jonction des os par des prothèses capables de résorption. En 1911 il écrivit un essai spécial sur ce thème dans les discours de l'Académie et il commença immédiatement à s'occuper de la méthode d'extension la plus avantageuse, il chercha et finit par arriver à la conviction qu'on peut atteindre les meilleurs résultats par l'extension de Steinmann (1917).

De sa haute capacité technique témoigne la publication sur les nombreuses résections de l'intestin grêle qu'il a exécutées étant jeune assistant, et à laquelle il a ajouté les remarques sur l'étendue de l'extrême limite admissible dans l'enlèvement de l'intestin grêle. Ces deux circonstances étaient accueillies dans le monde littéraire des médecins avec la pleine approbation et ce travail de Kukula reste depuis cette époque l'œuvre fondamentale entre tous les essais sur ce sujet. La preuve suivante de son adresse technique sont les opérations des projectiles enfoncés dans le muscle cardiaque, dont il a écrit en 1917 un compte-rendu, cité par tous les livres analogues allemands (Sauerbruch). On ne peut pas passer sous silence l'activité de Kukula comme chirurgien militaire (pendant la guerre), qui par ses conseils, son action et ses nombreuses publications tâcha d'éclaircir maintes situations inconnues des médecins qui pratiquaient la chirurgie de guerre. De ce temps date son travail sur les lésions du crâne et du cerveau et sur l'enlèvement des projectiles, et sur quelques chapitres de la chirurgie de guerre en général.

Dans son activité clinique, le prof. Kukula ne s'arrêta pas à ce point de vue qui considère la brillante technique et la rapidité opératoire comme le sommet de l'art chirurgical. Possé-

dant ces qualités au plus grand point il signalait toujours l'importance de la diagnose du cas donné ; il a introduit dans sa clinique toutes les méthodes actuellement connues de la diagnose fonctionnelle, il a cherché à les contrôler et à les perfectionner, à atteindre leur réelle valeur pratique, comme les nombreux travaux sortis de son école en témoignent.

Il était diagnosticien excellent, opérateur hardi et habile, maître inoubliable et chirurgien d'une grande et vaste culture.

Comme homme le prof. Kukula possédait un rare droiture et l'esprit de justice. Dans l'accomplissement du devoir il était sévère et en apparence inabordable, en dehors de cela il savait jouir sincèrement de la vie et de tous ses beaux dons. Son caractère avait de grands traits et il ne souffrait pas de bassesse dans son entourage. Il avait une place distinguée dans la vie de la société tchèque, il a été élu pour ses brillantes qualités extérieures président de l'Auto-Club de la République Tchécoslovaque et dans ce rôle il a fait, pour cet élément important de la vie moderne, un travail remarquable et productif.

Pour le développement de la chirurgie tchèque le prof. Kukula signifie beaucoup. Il avait de larges vues, l'aspiration et la capacité de développer l'activité clinique dans tous les sens. Il était bienveillant envers les jeunes, il savait les élever par son exemple et ainsi il a fondé sa réelle grande école. Son souvenir vivra toujours dans les esprits et les cœurs de ses élèves et son nom sera inoubliable dans l'histoire de la chirurgie tchèque.

Prof. JIRASEK.

PROGRAMME DU VIIIe CONGRÈS

Varsovie — 22-25 juillet 1929

Lundi 22 juillet

A 8 heures : Réunion du Comité International au Palais du Conseil.

A 10 heures : Séance inaugurale du Congrès, dans la Grande Salle du Palais du Conseil, sous le Haut Patronage de M. IGNACY MOSCICKI, Président de la République Polonaise et la Présidence de S. E. M. le Ministre de l'Intérieur.

1. Souhaits de bienvenue du Dr SLAWOJ-SKLADKOWSKI, Ministre de l'Intérieur.

2. Allocution de bienvenue du Prof. R. BLADOWSKI, Vice-Président de la ville de Varsovie.

3. Discours du Professeur J. VERHOOGEN, ff. Président du Comité International.

4. Allocution du Docteur L. MAYER, Secrétaire-Général de la Société Internationale de Chirurgie.

5. Discours du Professeur H. HARTMANN, Président du 8e Congrès.

A 11 h. 30 : Hommage au Soldat Inconnu.

A 14 h. 30 : Première séance scientifique (Palais du Conseil) : Causes et mécanisme de l'embolie postopératoire.

A 17 heures : Réception à l'Ancien Château Royal.

A 21 heures : Réception offerte par le Professeur H. HARTMANN au Palais du Conseil.

Mardi 23 juillet

A 8 heures : Séances opératoires.

A 10 heures : 2e séance scientifique (Palais du Conseil) : Résultats de la résection de l'estomac pour ulcères gastrique et duodénal.

A 14 h. 30 : Suite de la 2e séance scientifique.

A 21 heures : Raout au Palais du Conseil

Mercredi 24 juillet

A 8 heures : Séances opératoires.

A 10 heures : Assemblée Générale (Palais du Conseil).

A 14 h. 30 : Troisième séance scientifique (Palais du Conseil) : Traitement de la maladie de Basedow.

A 20 heures : Représentation au Théâtre Polonais « *Le Miracle Présumé* ».

A 22 heures : Raout à l'Hôtel de Ville.

Jeudi 25 juillet

A 8 heures : Quatrième séance scientifique (Palais du Conseil) : Chirurgie réparatrice de la Hanche.

A 10 h. 30 : Cinquième séance scientifique (Palais du Conseil) : Suite de la discussion concernant les causes et mécanisme de l'embolie post-opératoire.

A 19 heures : Banquet de clôture offert par les membres polonais de la société à leurs collègues étrangers.

PROCÈS-VERBAUX DES SÉANCES

—

DISCUSSIONS

SÉANCE INAUGURALE

VARSOVIE, LE 22 JUILLET 1929, A 10 HEURES

SOUS LE HAUT PATRONAGE DE

M. Ignacy MOSCICKI, Président de la République Polonaise

ET LA PRÉSIDENCE DE

S. E. Monsieur le Ministre de l'Intérieur

La séance inaugurale du Congrès a eu lieu dans la grande salle du Palais du Conseil dont la décoration sobre et du goût le plus raffiné fut très admirée. 800 personnes, congressistes ou invités, y assistaient.

Au Bureau avaient pris place MM. le docteur SLAWOJ-SKLADKOWSKI, Ministre de l'Intérieur, ayant à ses côtés les professeurs H. HARTMANN, président du 8e Congrès et J. VERHOOGEN, ff. de président du Comité International, GIORDANO, président du 7e Congrès; Ryszard BLEDOWSKI, vice-président de la ville; M. le docteur J. LORTHIOIR, trésorier de la Société Internationale de Chirurgie; M. le docteur ROUPPERT, directeur du Service de Santé; M. le professeur KRYNSKI, délégué de la Pologne, M. le docteur L. MAYER, secrétaire général de la Société Internationale et M. le docteur WOJCIECHOWSKI, secrétaire du Congrès.

Allocution de M. le Ministre de l'Intérieur, ff. de Président du Conseil Général, Feliks Slawoj-Skladkowski

Mesdames, Messieurs,

J'ai l'honneur de saluer votre arrivée en Pologne au nom du Gouvernement de la République et de vous remercier pour votre décision d'avoir bien voulu choisir notre capitale comme siège du VIIIème Congrès de la Société Internationale de Chirurgie. Mon bonheur de pouvoir vous souhaiter la bienvenue, Mesdames, Messieurs, est d'autant plus grand et compréhensible, que moi aussi je suis chirurgien.

Au nom du Gouvernement je vous souhaite pour le VIIIème Congrès de la Société Internationale de Chirurgie les conférences et les travaux les plus efficaces et fertiles pour votre art sublime et pour l'humanité.

Panie, Panowie,

Mam zaszczyt w imieniu Rządu Rzeczpospolitej Polskiej powitać Was w Polsce i jednocześnie złożyć podziękę za wybór naszej stolicy jako miejsca obrad VIII Zjazdu Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego.

Radość, jaką mi sprawia możność powitania Panów jest tem większa i zrozumialsza, że i ja sam również jestem chirurgiem.

W imieniu Rządu wyrażam życzenie, aby obrady i prace VIII Zjazdu Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgów były jaknajowocniejsze dla rozwoju szczytnej sztuki, jaką jest chirurgja i dla dobra ludzkości.

*
* *

Allocution de M. le Vice-Président du Conseil Municipal, Prof. Ryszard Bledowski

Witam Zjazd w imieniu Zarządu Miasta i wyrażam radość z powodu wyboru Warszawy na miejsce zebrania tak wybitnej instytucji lekarskiej.

Stwierdzam, że Warszawa zawsze brała żywy udział w organizacji pracy lekarskiej, zwłaszcza chirurgicznej,

stwarzając wzorowe oddziały szpitalne i uposażając je tak, aby mogły prowadzić pracę naukowobadawczą.

Otwierając bramy swych szpitali przed członkami VIII Zjazdu Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgów zwraca się Warszawa z prośbą o obejrzenie i osąd tego, co uczynione zostało przez samorząd dla poparcia i rozwoju współczesnej nauki chirurgji.

⁂

Discours de M. le Professeur J. Verhoogen

Au nom de la Société Internationale de Chirurgie, je salue la noble Pologne qui a réservé à notre Congrès une réception aussi fastueuse et aussi cordiale. Je remercie le Gouvernement de l'intérêt qu'il a manifesté envers la science chirurgicale. Monsieur le ministre Sladkowski, président de cette séance, n'a pas oublié qu'il est notre Confrère, ayant commencé sa carrière comme assistant de clinique chirurgicale. Dans la situation éminente qu'il occupe maintenant, il a montré que l'énergie, la loyauté et la conscience du devoir, qui sont l'honneur du chirurgien, donnent les résultats les plus glorieux quand on les consacre, comme il l'a fait, au gouvernement de son pays. Je rends grâce aussi à Monsieur le Professeur Bledowski, vice-président de la municipalité de Varsovie et je remercie nos collègues de Pologne de leur hospitalité et des soins qu'ils ont pris pour assurer le succès de notre réunion.

Nous sommes heureux de nous réunir sur cette terre historique, chez cette illustre nation qui a lutté si longtemps avec tant d'héroïsme et de constance pour conquérir enfin son indépendance.

En ma qualité de Belge je me réjouis tout particulièrement à cause des analogies frappantes qui existent entre nos deux patries, la Pologne et la Belgique. Comme vous, après des siècles d'oppression, nous avons pu reconquérir enfin notre liberté. Il y a un siècle nous nous sommes, comme vous, soulevés contre la domination étrangère, mais, plus heureux, nous avons obtenu une libération que vous avez dû attendre bien plus longtemps ; comme vous aussi nous avons été pendant la grande guerre envahis par les armées étrangères, et nous avons été délivrés comme vous. Les destinées ont donc été analogues. Puisse une paix désormais assurée nous permettre à tous un libre développement dans l'avenir.

Messieurs, le rôle du Président du Comité International ne consiste pas seulement à exprimer nos sentiments de gratitude. Une pieuse coutume m'impose aussi le devoir de rappeler devant vous les noms des membres que nous a ravis la mort et d'évoquer le souvenir de leurs mérites. A chacun de nos congrès nous faisons ainsi l'appel de ceux qui ont disparu et nous constatons avec douleur les vides que la mort cruelle creuse dans nos rangs.

En Belgique, nous avons perdu Thoumsin, d'Anvers, qui était un membre assidu de nos congrès, Rouffart, un de nos fondateurs, ancien professeur de clinique gynécologique à Bruxelles, dont la perte fut particulièrement douloureuse, Marcelle, mort trop jeune.

Le Brésil a perdu son délégué, Chapot Prevost, mort il y a quelques mois à la suite d'un accident d'avion.

Au Danemark nous déplorons la disparition de Rovsing, pionnier de la méthode antiseptique en chirurgie, ancien professeur de clinique chirurgicale et de Bloch, délégué de notre Société dont l'un et l'autre étaient membres depuis sa fondation. Aucun de nous n'a oublié la belle prestance, les qualités de cœur et les mérites scientifiques de Rovsnig ainsi que ceux de Pers, de Copenhague.

Aux Etats-Unis nos pertes sont considérables : Robert Abbe de New-York, Franz Bunts de Cleveland, associé de Crile et de Lower dans la fondation de la clinique de Cleveland ; Edward Hickling Bradford de Boston ; John G. Clark de Philadelphie, professeur de gynécologie, auteur d'ouvrages réputés, Albert E. Halstead de Chicago, Frederik Kammerer de New-York, Clarence A. Williams, Francis Wisner Murrey de New-York, Edward Nichols, de Boston, auteur de nombreux travaux sur l'ostéomyélite, Frédérik Parham de New Orléans, Charles H. Peck du Roosveld Hospital de New-York, John Edwin Thomson de Galveston, John Collins Warren de Boston, membre distingué d'une famille de chirurgiens éminents, connu partout comme une autorité en pathologie chirurgicale et qui a publié de nombreux travaux sur le cancer du sein.

L'Espagne a perdu José Segovia, professeur de clinique chirurgicale à Valence ; la Finlande, Winter d'Helsingfors et Strahle de Abo.

La France déplore des pertes importantes. Elle a vu disparaître Boeckel de Strasbourg, admirable exemple de courage civique et de dévouement patriotique. Curtillet d'Alger, Dehelly du Havre, Gross de Nancy dont tout le monde

connait les travaux, Le Dentu qui a succombé après une existence de travail et de probité, Perriot de Grenoble, Picqué de Valence dont aucun de nous n'a oublié la démonstration faite au Congrès de Rome au sujet de l'emploi de l'aviation dans la chirurgie d'urgence et qui devait précisément périr victime de son dévouement dans un accident d'avion, Vautrin de Nancy.

La Grande Bretagne a perdu Sir Anthony Bowlby, président du Royal College of Surgeons, chirurgien du Roi, de St. Bartholomew's Hospital, Major Général du Service de Santé pendant la guerre ; Thomas de Liverpool ; Adams, du St. Thomas Hospital de Londres ; Whitelocke d'Oxford, Standage, Greer, Jones-Littler.

En Italie ont disparu Carle de Turin, Cignozzi de Grosseto, Rostirolla de Turin.

Au Japon, Nakahara et Honda, tous deux de Tokio, Hayazo Ito de Kioto.

En Tchécoslovaquie, Jedlika de Prague, Kukula, professeur à l'Université de Prague, professeur de chirurgie, clinicien éminent et Bedrich.

En Russie nous avons perdu le docteur Krassintzeff de Moscou que plusieurs d'entre nous avaient rencontré lors de nos premières réunions.

En Suisse, à peu d'intervalle sont morts les docteurs Jacques et Albert Reverdin. Leurs noms nous étaient chers à tous et leurs figures pleines de personnalité, de séduction, et d'exquise sensibilité avaient fait d'eux, pour beaucoup d'entre nous, de véritables amis.

Içi même enfin, en Pologne notre Association a eu à déplorer la mort prématurée de nos collègues Lewenstern, Ciechowski, Dobrowlski, Zurakowski et, deuil plus particulièrement cruel, la disparition du docteur Zawadski qui depuis la fondation de notre Société représentait la Pologne au Comité International et sur l'invitation réitérée et particulièrement aimable duquel nous avons décidé de tenir à Varsovie notre huitième Congrès. L'enthousiasme qu'il avait mis à le préparer me fait déplorer d'autant plus vivement qu'il ne puisse lui même constater le grand succès dont la réunion de ce jour est la meilleure preuve.

Comme vous venez de l'entendre nos deuils ont été nombreux et cruels. Une seule nation, la Hollande a pu conserver intégralement tous ses membres. Oserai-je la proposer en exemple aux autres Pays et former le vœu de voir à notre prochain Congrès d'autres Nations encore avoir le même bonheur de ne pas figurer sur la liste de nos pertes.

Je vous demande, Messieurs et Mesdames, en souvenir de ceux qui ont disparu, et en souvenir de leur mémoire de vous lever tous et d'observer quelques secondes de recueillement.

Heureusement si nos pertes sont cruelles et trop lourdes, nous pouvons trouver quelque consolation en voyant le nombre de nos membres nouveaux.

Monsieur le Secrétaire Général nous en donnera le nom tout à l'heure.

Vous verrez que les branches mortes détachées du tronc sont remplacées par de jeunes rameaux pleins de vigueur et que l'arbre est toujours plein de vie.

Voici plus d'un quart de siècle que notre Société a été fondée et qu'elle continue à prospérer rapidement. Les services sont grands qu'elle a rendus à la chirurgie. En permettant aux chirurgiens des différentes nations de se mieux connaître et d'apprécier mieux la valeur de leur travail scientifique elle a contribué dans une large mesure aux progrès de notre art pour le plus grand bénéfice de l'Humanité souffrante.

Mesdames et Messieurs, je parais ici pour remplacer momentanément notre Président, le professeur Willems qu'une maladie longue et pénible a tenu éloigné de nos travaux. Vous savez tous avec quelle autorité et quel dévouement il a présidé à la constitution et au développement de la Société internationale de Chirurgie. Nous avons le ferme espoir de le voir reparaître à cette place à notre prochain congrès. Je vous propose de lui envoyer en notre nom à tous un message lui exprimant notre sympathie et les vœux que nous formons pour son prompt rétablissement.

***

Allocution de M. le Dr L. Mayer

Monsieur le Ministre de l'Intérieur,

La Société Internationale de Chirurgie apprécie hautement l'honneur que vous lui faites en présidant cette séance solennelle au nom du gouvernement de la Pologne. Ceux d'entre nous qui sont venus ici par mer ont pu se rendre compte déjà du merveilleux effort réalisé par la République Polonaise : votre port de Gdynia qui était naguère un village de pêcheurs a vu, en huit ans, sa population passer de 2000

à 25.000 habitants. Nous avons admiré la longueur de vos quais, vos docks et vos entrepôts qui, s'étendant sur plus de 12 Kms. ont permis à votre trafic d'exportation de monter de 9000 à plus de 2.000.000 de tonnes. En même temps que se réalisait ainsi un outillage commercial de premier ordre, vous avez su rendre aux arts et aux sciences la place prépondérante que leur attribuent les nations civilisées dignes de ce nom.

Attirés déjà dans votre romantique pays par l'attrait de ces merveilles architecturales dont la cathédrale de Gniezno, créée suivant la légende au 6ème siècle, nous a-t-on dit, par le célèbre Lech à qui l'on attribue la fondation de la Pologne, et tant d'autres monuments fameux que l'amabilité de vos compatriotes nous permettra d'admirer la semaine prochaine, nous avons plus encore le désir d'admirer les installations hospitalières et universitaires que vos concitoyens ont su créer de toutes pièces en quelques années.

Aussi n'est-il pas étonnant qu'au Congrès de Rome, l'offre qui nous fut faite par le si regretté docteur Zawadski, fut accueillie par d'unanimes et enthousiastes acclamations.

En accordant à notre 8ème Congrès le précieux appui de votre Haut Patronage, vous nous avez conféré une marque d'estime dont nous sommes justement fiers.

Messieurs les Ministres, Excellences,

Les échanges épistolaires que j'ai eus depuis quelques mois avec notre excellent secrétaire, Monsieur le docteur Wojciekowski, et les conversations que j'ai eu l'avantage d'avoir avec lui depuis hier soir, m'ont appris non sans un vif plaisir, l'appui spontané et important que vous lui avez accordé dans l'organisation de ce Congrès en lui facilitant dans une large mesure la préparation ardue de notre réunion.

Le Comité d'Honneur auquel vous avez bien voulu apporter votre participation est un sûr garant de la réussite de ce huitième Congrès. La foule qui se presse dans cette superbe salle me donne la certitude que, grâce à de tels concours, le Congrès de Varsovie connaîtra un succès au moins égal à celui de ses devanciers.

Mesdames, Messieurs, chers et estimés collègues polonais.

Monsieur le professeur Jean Verhoogen qui a bien voulu accepter la responsabilité de remplacer Monsieur le professeur Willems, retenu par une maladie que je veux espérer

passagère, dans cette haute charge à laquelle l'unanimité des membres du Comité International l'a appelé, vient de vous rappeler en termes éloquents les noms des soixante collègues qu'hélas, nous avons eu la douleur de perdre dans ces trois dernières années.

Les notices nécrologiques détaillées concernant ces collègues des différents pays, paraîtront suivant une légitime tradition dans les annales de nos comptes rendus.

Je viens de vous rappeler l'adhésion de principe enthousiaste qui accueillit la proposition de la délégation polonaise de tenir à Varsovie notre 8ème Congrès. Vous me permettrez cependant de vous dire que j'ai été moi-même surpris du nombre extraordinairement élevé d'adhésions qui me sont parvenues. Si aujourd'hui plus de 651 congressistes se trouvent réunis dans votre célèbre capitale, je ne puis m'empêcher de croire que ce succès soit dû, pour une part importante, au fait que 21 savants éminents ont accepté de rédiger sur les trois questions choisies à Rome et sur la quatrième question ajoutée par le Comité Scientifique, des rapports dont la plupart réaliseront pleinement le but scientifique de notre Association qui est de « contribuer au progrès de la science en cherchant à élucider certaines questions d'ordre chirurgical ». Ainsi que la plupart d'entre vous auront pu le constater par les brillants travaux que vous avez reçus, le Comité scientifique a obtenu dans nos cinq langues officielles la collaboration de savants des 4 coins du monde : Etats-Unis, Japon, Espagne, Belgique, France, Grande Bretagne, Italie, Suisse, Suède, Pays-Bas, Pologne, Tchéco-Slovaquie.

Le choix judicieux des questions, démontré par le fait que, pour certaines d'entre elles, plus de 40 orateurs ont demandé à être inscrits, m'engage à vous prier dès à présent de penser à envoyer au Bureau des propositions pour des questions à mettre à l'ordre du jour du Congrès de 1932 ; mais vous me permettrez d'insister de façon pressante auprès des rapporteurs et de ceux d'entre vous qui se sont inscrits pour les discussions, pour que le règlement soit scrupuleusement observé ; dans l'intérêt général je vous demanderai même de réduire les communications verbales au strict minimum, faute de quoi nous aurons le regret de devoir pratiquer dans nos ordres du jour des amputations peu conformes avec la chirurgie moderne.

Les rapports qui vous ont été distribués constituent des documents qui établiraient, s'il en était besoin, l'effort et l'importance de notre Association. Sa vitalité se documente

d'ailleurs de façon encore plus explicite par les demandes nombreuses d'admission qui, tous les jours sont parvenues au Bureau par l'intermédiaire des Comités Nationaux et qui, malgré nos deuils et malgré la limitation imposée à notre nombre par nos Statuts, ont fait passer le nombre de nos membres qui était en 1926 de 746, au chiffre déjà imposant de 1053, représentant 34 pays, après les admissions faites ce matin par le Comité International.

Ainsi que vous le verrez lors de notre Assemblée Générale de mercredi prochain, l'activité inlassable de notre distingué trésorier, Monsieur le docteur Lorthioir, dont tous nous nous plaisons à reconnaître le dévouement aux intérêts de notre Association, a permis, malgré de notables augmentations de dépenses dues en ordre principal au renchérissement des frais d'impression, de rétablir notre situation budgétaire sur des bases solides.

Je serai certainement votre interprète en lui adressant toutes nos félicitations pour la réussite de l'initiative qu'il avait prise à Rome.

Nos collègues polonais, que je ne saurais assez remercier de la courtoisie de leur accueil, ont bien voulu sacrifier l'ordonnancement habituel de leurs journées pour nous permettre, durant deux matinées, d'assister à leurs interventions chirurgicales et de terminer un programme que des festivités conformes à leur légendaire hospitalité, ont rendu cette fois-ci particulièrement fastueux et chargé.

En vue de notre Assemblée Générale de mercredi prochain, vous voudrez bien aussi envisager déjà le siège et le choix du Président du Congrès de 1932. La haute notoriété scientifique du professeur Hartmann qui, après avoir si longtemps représenté la France au Comité International, était particulièrement qualifié pour présider notre Congrès actuel, contribuera certainement dans une large mesure à en assurer la réussite. Je le prie d'accepter les très vifs remerciements du Comité International d'avoir accepté cette périlleuse mission.

Je me fais enfin un très réel plaisir de vous communiquer la décision prise par le Comité International ce matin et que vous ratifierez certes tous mercredi, d'ajouter à nos Statuts un article nous permettant d'accorder le titre de « membre d'Honneur » à des chirurgiens que leur personnalité tout à fait éminente et les services rendus à notre Association rendent dignes de ce choix.

Je vois errer sur vos lèvres le nom qui s'impose comme premier de ces présidents d'Honneur, Monsieur le professeur Keen qui, aujourd'hui âgé de près de 90 ans, conserve encore une si parfaite faculté de travail et qui, en m'envoyant il y a quelques jours ses meilleurs vœux pour la réussite du Congrès, nous a témoigné une fois de plus le vif intérêt qu'il prend à nos travaux.

Malgré tout mon désir d'observer une brièveté d'élocution que je ne saurais assez vous recommander, je ne puis cependant me rasseoir sans dire à nos amis polonais et tout particulièrement à notre délégué M. Krynski et au secrétaire du Congrès, Monsieur le Docteur Wojciekowski, toute la reconnaissance de notre Association pour le travail énorme et fécond qu'ils ont assumé en vue d'assurer un succès que, dès à présent je prévois considérable.

Monsieur le Ministre de l'Intérieur, à l'issue de la séance, le Bureau vous demandera de pouvoir déposer une gerbe sur la tombe de votre Héros Inconnu ; nous y associerons dans une même pieuse pensée le souvenir du Commandant Idzikowski qui a succombé avec tant d'héroïsme dans le tragique accident de l'avion « Marszalek-Pilsduski ».

Permettez-moi de vous prier de déclarer ouvert le 8ème Congrès de la Société Internationale de Chirurgie et d'accorder la parole à notre très distingué Président, Monsieur le Professeur Henri Hartmann.

*
* *

Discours de M. le Prof. Henri Hartmann

Appelé par un vote unanime, à Rome, dans cette capitale ancienne de la civilisation, à la présidence de la huitième session de la Société Internationale de Chirurgie, je tiens tout d'abord à vous remercier du grand honneur que vous m'avez fait, le plus grand que puisse envier un chirurgien. C'est avec une joie réelle que je me trouve à la place que j'occupe. Je suis d'autant plus heureux que nous sommes aujourd'hui à Varsovie, au centre de la Pologne ressuscitée, que nous, Français, avons appris à aimer dès notre plus tendre enfance.

Je n'ai qu'un regret, celui de ne pas voir parmi nous tous les collègues de notre société. J'espère que, dans trois ans, mon successeur aura le plaisir de voir les chirurgiens de

Séance Inaugurale du VIII^e Congrès de la Société Internationale de Chirurgie. Varsovie, 22 juillet 1929.
Grande Salle du Palais du Conseil.

tous les pays réunis et notre Société redevenue, comme son nom l'indique, une Société réellement internationale.

* * *

Messieurs,

Au cours du siècle qui vient de s'écouler, la chirurgie opératoire a pris une extension inconnue auparavant. La découverte des agents anesthésiques, en permettant d'agir plus lentement, partant plus sûrement, l'emploi de la forcipressure en permettant de réaliser une hémostase rapide au cours des interventions, contribuèrent, pour une large part, à étendre le domaine des interventions sanglantes. Ce n'est toutefois qu'après l'application des doctrines pastoriennes à la chirurgie qu'on a vu, avec l'antisepsie d'abord, avec l'asepsie ensuite, les opérateurs, en possession d'une sécurité inconnue jusqu'alors, s'attaquer successivement à tous les organes. La crainte d'ouvrir les grandes cavités viscérales, abdomen, thorax, crâne, a disparu, les interventions sanglantes sur les os et les articulations se sont multipliées.

Faite tout d'abord sans grande méthode, l'opérateur allant droit à la lésion, la chirurgie viscérale a été peu à peu réglée dans son exécution à la suite d'études portant sur l'anatomie normale et aussi sur l'anatomie pathologique. Cette double connaissance de l'anatomie normale et de l'état des organes modifiés par la maladie étant nécessaire pour poser les bases d'un traitement opératoire rationnel.

Pour certaines lésions, celles du système nerveux en particulier, des modifications considérables ont été apportées à la technique. La chirurgie brillante et rapide, pratiquée dans les opérations abdominales, a fait place à une chirurgie lente, minutieuse, que des perfectionnements dans l'arsenal instrumental ont encore améliorée.

L'étude des résultats immédiats et éloignés de ces interventions nouvelles, en précisant le bénéfice réel que le malade pouvait en retirer, a permis de poser leurs indications.

Aujourd'hui la plus grande partie du travail est faite. Certes tout n'a pas été dit ; jamais on n'a le droit de dire que tel ou tel procédé opératoire est définitif. La chirurgie est et restera toujours en évolution. Il est toutefois permis de penser que la technique opératoire est réglée dans ses grandes lignes et qu'il ne s'agira plus que de modifications de détails.

Après la période de la technique opératoire, qui a été celle des chirurgiens de ma génération, les jeunes, auxquels nous allons transmettre le flambeau, vont probablement s'engager dans des voies nouvelles. Quelques-uns y sont déjà entrés.

Certes l'anatomie normale, je serais tenté de dire l'anatomie pathologique également, est et restera, quoiqu'en disent quelques-uns, la base de la chirurgie. Le jour où les études anatomiques seraient délaissées, ce qui, nous l'espérons, n'arrivera jamais, il y aurait un recul considérable de la technique, partant de la chirurgie. L'anatomie n'est toutefois plus suffisante à elle seule. De même qu'on voit aujourd'hui les médecins, après s'être, pendant un siècle, attachés surtout à l'anatomie pathologique, se lancer dans l'étude des réactions humorales, qu'ils cherchent même parfois à provoquer, les chirurgiens commencent à aborder le côté physiologique des questions, les travaux récents sur la chirurgie du sympathique en sont un exemple.

En même temps, les chirurgiens s'intéressent plus qu'ils ne le faisaient autrefois, aux phénomènes biologiques.

A côté de l'instrument tranchant, les sérums, les vaccins, les radiations, etc., prennent une place de plus en plus grande.

Pendant des années on n'a utilisé en chirurgie que le sérum antitétanique qui, particulièrement à titre préventif, a rendu d'immenses services comme on a pu le constater au cours de la grande guerre. Ces injections d'un sérum antitoxique, neutralisant les toxines du tétanos, ne donnaient toutefois qu'une protection ne durant qu'un temps limité. La découverte récente de l'anatoxine, qui fait fabriquer au malade lui-même un sérum antitoxique, permet aujourd'hui d'obtenir une immunité durable.

D'autres médications sérothérapiques sont entrées dans la pratique chirurgicale, la sérothérapie antigangréneuse employée depuis la guerre, la sérothérapie des infections coli-bacillaires et des infections streptococciques tout récemment préconisées, occupent aujourd'hui une place qu'on n'aurait pas soupçonnée il y a une vingtaine d'années.

La sérothérapie est en voie d'étendre son domaine. Elle avait cependant des inconvénients. Il n'était pas rare de voir, après son emploi, survenir des accidents, décrits sous le nom de maladie sérique. En enlevant au sérum sa globuline et sa sérine on est arrivé à supprimer ces accidents, si bien que la sérothérapie est devenue une méthode de traitement sans inconvénients.

A côté de la sérothérapie, qui apporte à l'organisme des produits immunisants tout élaborés, la vaccinothérapie prend une place de plus en plus importante. Le traitement d'une série d'infections (furoncles, ostéomyélites, infections colibacillaires, etc.) commence à entrer dans la pratique. Des chirurgiens recourent même à des vaccinations préopératoires, lorsqu'ils doivent opérer sur un organe contenant normalement des agents infectieux (estomac, intestin) ou sur une lésion infectieuse incomplètement refroidie, une appendicite par exemple.

Les antivirus en applications locales, l'emploi de ces préparations encore mal connues sous le nom de bactériophages, qui amènent la lyse des agents infectieux, vont-ils se substituer aux sérothérapies et aux vaccinothérapies ? L'avenir seul le dira. Comme on le voit, tout un champ d'études se trouve actuellement ouvert.

Il en est de même lorsqu'on envisage la question des traitements par les radiations. Limités au début à quelques applications roentgenthérapiques dans un petit nombre de cas, les traitements par les radiations ont pris, à la suite de la découverte du radium, une place considérable. La Curiethérapie rend d'immenses services dans un grand nombre de cancers et même dans une série d'autres maladies : cheloïdes, angiomes, etc.

Par la filtration des rayons, l'emploi exclusif des rayons ultra-pénétrants, on a obtenu des résultats merveilleux dans la cure d'un grand nombre d'épithéliomas, en particulier dans les épithéliomas pavimenteux. La Curiethérapie semblait, il y a peu de temps encore, non seulement permettre de s'attaquer à des lésions non justiciables de la roentgenthérapie, mais encore devoir se substituer à celle-ci dans les cas où on l'avait employée au début. Or voici que les modifications apportées dans la construction des ampoules de Roentgen, fonctionnant sous des intensités de 200.000 volts et plus, permettent d'obtenir des rayons beaucoup plus pénétrants que ceux qui émanaient autrefois des premières ampoules de Roentgen et d'avoir une action se rapprochant de celle des rayons ultra-pénétrants du radium. Qui l'emportera de la Curiethérapie ou de la Roentgenthérapie ? Ici encore l'avenir seul le dira.

Dans un tout autre ordre d'idées, les perfectionnements apportés au traitement des fractures ont diminué, dans ces dernières années, le nombre des ostéosynthèses, faisant, de ce côté encore, reculer le domaine des opérations sanglantes.

* * *

Comme vous le voyez, la chirurgie entre dans des voies nouvelles. Tout un travail est à faire pour préciser le mode d'application, les indications et les résultats de ces nouveaux traitements, travail comparable à celui qui a été fait pour les opérations sanglantes pendant la période qui vient de s'écouler. Nos prochaines réunions ne manquerons pas de problèmes à étudier. Pour résoudre les questions qui se posent actuellement la collaboration des chirurgiens de tous les pays est nécessaire ; aussi sommes-nous assurés de l'avenir de notre Société.

***

A l'issue de la séance, le Bureau suivi des Délégués et précédé de deux huissiers et d'agents de police, s'est rendu à la tombe du Soldat Inconnu. Un bataillon d'Honneur avec drapeau, commandé par le Colonel-Commandant de Varsovie, rend les honneurs. M. Hartmann, déposa une magnifique couronne sur la dalle sacrée.

Le Comité International se rendant au tombeau du Soldat Inconnu. Varsovie, 22 juillet 1929.

Le professeur Hartmann signant le livre d'or devant la dalle sacrée.

PREMIÈRE SÉANCE SCIENTIFIQUE

Lundi 22 juillet 1929, à 14 h. 30

Sous la présidence du Prof. HARTMANN, de Paris

Causes et mécanisme de l'embolie post-opératoire

M. RITTER (Zurich) résume son rapport (vol. I, p. 145).

***

M. FORGUE (Montpellier) étant absent, M. Lardennois présente son rapport (vol. I, p. 49).

***

M. GOVAERTS (Bruxelles), invité du Congrès, expose les conclusions de son rapport (vol. I, p. 79), et y ajoute les considérations suivantes en les illustrant de projections :

Nous avons été amenés, en tenant compte de faits exposés dans notre rapport, à proposer l'explication suivante de la formation des thromboses « spontanées » postopératoires.

Dans le sang circulant, modifié par le traumatisme, et où par conséquent l'agglutination des éléments figurés est particulièrement aisée, des amas de plaquettes se constituent, soit au contact de particules aseptiques issues de tissus contus ou sectionnés (circonstance probablement exceptionnelle), soit au contact de microbes de faible virulence. Ces germes ne viennent pas nécessairement de la plaie. Ils peuvent avoir pénétré dans le sang à la faveur d'infections des voies respiratoires si fréquentes chez les opérés ou bien encore provenir

du tube digestif. Si la circulation veineuse est normale partout, les petits amas de plaquettes ainsi formés, véritables thrombi microscopiques, ne s'arrêtent jamais dans une veine de gros calibre ; ils sont transportés par le sang jusqu'au plus prochain réseau capillaire où ils forment des embolies microscopiques dont les effets mécaniques sont insignifiants. Mais si, au contraire, dans certaines veines de gros calibre le cours du sang est ralenti, s'il y existe des plages étales, des remous, des contre-courants, les amas de plaquettes circulant dans le sang peuvent s'arrêter en ces points, tourbillonner sur place, s'accroître par addition de nouvelles plaquettes et par précipitation de fibrinogène. Augmentant ainsi de volume, ils contribuent par leur présence à rendre plus anormale encore une circulation déjà troublée d'avance. Les conditions mécaniques décrites par Aschoff se trouvant ainsi réalisées, ces amas s'accroissent avec une certaine régularité ; ils forment des lames et des amas coralliformes, par suite de l'apport incessant de nouvelles plaquettes qui subissent, dès qu'elles adhérent, la métamorphose visqueuse. Ainsi se trouve réalisé le tableau anatomique complet du thrombus postopératoire.

L'originalité de cette explication, qui tient compte des données de la clinique chirurgicale et des faits tirés de la physiologie des plaquettes, c'est qu'elle situe le « primum movens » de la thrombose non pas dans une altération de l'endothélium mais dans le sang lui-même. Elle paraît satisfaisante parce qu'elle fait comprendre comment les altérations postopératoires du sang favorisent la formation du thrombus et comment la stase sanguine dans certains gros troncs veineux localise en des points d'élection l'oblitération vasculaire.

Il restait à étayer cette explication par une contrôle expérimental. Nous pensons y être parvenus de la manière suivante : les recherches ont porté sur le chien. Afin de réaliser un état analogue à celui qui existe chez l'homme après une intervention chirurgicale, ces animaux, préalablement anesthésiés, subissaient une laparotomie aseptique au cours de laquelle on extériorisait pendant un instant l'épiploon et quelques anses intestinales. En même temps, on prélevait à la jugulaire environ 100 cc. de sang. Deux à trois jours plus tard, l'animal était anesthésié à nouveau. On ouvrait l'abdomen et l'on plaçait sur la veine cave inférieure une pince à vis réglable qui créait une stase considérable sans arrêter complètement le cours du sang. Cela fait, on introduisait une canule dans une artère collatérale de l'aorte abdominale et l'on injectait dans l'aorte des staphylocoques. Ces microbes étaient véhiculés par

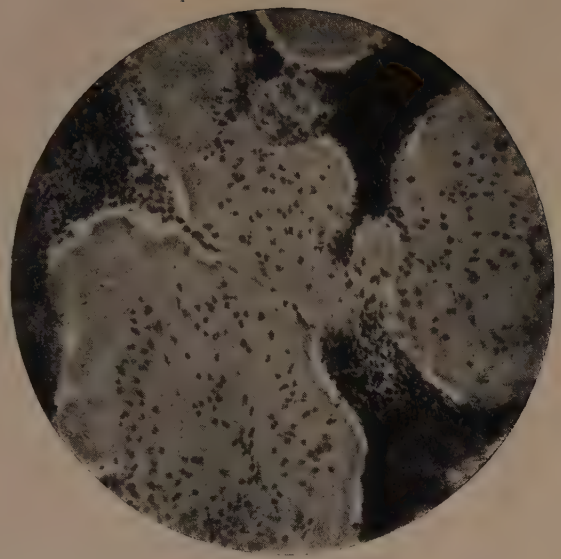


Figure 2. — Photographie à plus fort grossissement montrant la structure de la tête du thrombus : amas coralliformes de plaquettes englobant des leucocytes.

Figure 1. — Partie antérieure d'un thrombus expérimental formé dans la veine cave inférieure. La photographie ne comprend qu'une partie de la coupe longitudinale du thrombus : la «tête » du thrombus est nettement trouble, avec ses formations coralliformes typiques.

le sang jusque dans les capillaires des membres inférieurs et s'accolaient immédiatement aux plaquettes sanguines ; un certain nombre d'entre eux traversaient les capillaires et étaient ramenés dans la veine cave partiellement obstruée. Dans ces conditions, nous avons observé à quatre reprises (sur neuf expériences) la formation de thrombi tout à fait typiques et comparables aux thrombi postopératoires. Il s'agissait de thrombi non adhérents, ayant la forme d'une sangsue, longs de deux à trois centimètres, formés d'une tête blanchâtre et d'une queue ayant la structure d'un caillot (fig. 1). La tête était constituée par des amas de plaquettes, disposés en branche de corail, englobant des leucocytes et emprisonnant des staphylocoques (fig. 2). Au cours d'une de ces expériences, après avoir constaté par la palpation la présence d'un thrombus dans la veine cave, en amont de la pince, on a desserré celle-ci : le thrombus s'est dirigé vers le cœur, mais l'animal n'a pas présenté de symptômes. A l'autopsie, on a constaté que le thrombus s'étant entortillé dans les cordages tendineux du ventricule droit, ce qui l'avait empêché d'atteindre l'artère pulmonaire. Le fait que des thrombi n'aient pas été observés chez tous les animaux, loin de constituer une objection à notre interprétation, nous semble au contraire la confirmer. Si la thrombose était consécutive à une altération banale de l'endothélium vasculaire, par suite de l'injection de microbes, on devrait l'obtenir à coup sûr. Au contraire, s'il s'agit de créer en un endroit de la veine cave une compression réglée de telle sorte qu'elle permette à des microbes et à des amas de plaquettes de tourbillonner sur place, on conçoit aisément que ces conditions ne puissent être obtenue que de temps en temps. Ces expériences doivent être multipliées encore pour acquérir la valeur d'une démonstration irréfutable. Néanmoins, les résultats obtenus sont très encourageants. Ils apportent une confirmation d'une grande valeur à l'interprétation que nous avons proposée concernant la pathogénie de la thrombose « spontanée » postopératoire et de l'embolie de l'artère pulmonaire qui en est la conséquence

*
* *

M. CHIASSERINI (Venise) donne lecture des conclusions de son rapport (vol. 1, p. 3).

*
* *

M. MATAS (New Orléans) expose le résumé d'un travail que malheureusement nous n'avons pas encore reçu. Ce résumé a paru (vol. 1, p. 137).

*
* *

Post-operative venous Embolism

par le Docteur E. BEER (New-York).

It is too warm for a protracted and very animated discussion of this interesting and very important subject expecially after the excellent reports, just presented with which I am almost entirely in agreement. Unfortunately despite our speculations the process is a most mysterious one to the clinician. Almost invariably unheralded, it strikes the patient frequently a fatal blow before the physician quite appreciates the gravity of the situation. I have summarized my conclusions and for the sake of brevity, I will present them in English. From a study of post-operative venous Embolism as opposed to post-operative arterial embolism, which is a rarety and present a totally different picture, I believe one can and must conclude, at the present date :

1° It seems that post-operative venous Embolism is on the increase. I doubt whether this is due, as some insist, to the recent increase in intravenous therapy. It is more likely due to many other causes, an important factor bieng found in the fact that much more extensive surgical proceederes are being carried out now than formerly on patients whose general condition and age would have contra-indicated extensive surgery twenty five or even ten years ago.

2° The Reporters of this afternoon show that no adequate explanation of the production of these Embolisms has been reached. To explain the late embolic manifestations as M. Govaerts does, on the observations in two experiments, is rather risky. Eventually this method of study I hope may prove helpful.

3° The source of the embolism is manifold. Some originate locally in the wound as a result of traumatic aseptic or septic phlebitis and probably are usually small and produce pulmonary infarcts, which are frequently multiple (repeated Emboli).

Others originate in the deep spacious pelvic veins and plexuses and these are usually large, non-septic and frequently fatal.

4° As yet there seems no method of preventing these accidents which are seen in all ages, especially after abdominal and thoracic procedures though rare after peripheral extremity operations. They are rarely seen in young, otherwise normal children, which suggests that there is something inherent in the individual (vide I), which develops with years that predisposes to this condition.

***

Embolias post-operativas

par le Docteur CORACHAN (Barcelone).

Limitaré mi intervención a precisar la influencia de los procesos infecciosos en la producción de las embolias post-operatorias y su frecuente localizacion bronco-pulmonar despues de las intervenciones gástricas, sobre todo en las resecciones, ya sean por úlcera o por neoplasia.

Los estudios bacteriológicos que hemos practicado (que detallo en mi intervención sobre el tema « Resultados inmediatos de las resecciones gástricas por ulcus. 2*a* Ponencia ») demuestran que los germenes infecciosos que existen, ya en la lesión primitiva, ya en las regiones linfáticas y ganglionares perigástricas, pasan al torrente circulatorio y a los pulmones donde provocan embolias sépticas, origen de las frecuentes complicaciones bronco-pulmonares, de localización diversa y gravedad diferente, según la importancia de dichas embolias.

Además, en dicho trabajo própongo el medio de prevenir dichas complicaciones, acompañando estadisticós que demuestran la importancia de un drenage infrahepático, como medio profiláctico, y que por estar expuesto allí con detalle, no lo repito aquí.

***

Embolie post-opératoire

par M. Jean Louis FAURE (Paris).

J'ai été très intéressé par les rapports que nous avons reçus, mais je l'ai été tout particulièrement, je dois le dire, par celui de M. Govaerts, encore illustré par la communication si brillante qu'il vient de nous exposer. C'est qu'en effet, le mécanisme de la thrombose par de légères infections du sang, tel qu'il vient de nous le décrire, corrobore d'une façon évidente une remarque que j'ai faite il y a déjà dix ans et à laquelle vient de faire allusion mon ami Lardennois.

Je suis convaincu, pour ne pas dire certain, que diverses infections ambiantes et en particulier la grippe, ont une influence directe et considérable sur le développement des phlébites et des embolies. Entre le 15 février et le 15 mars 1919, j'ai vu chez mes opérées, 7 embolies dont 4 mortelles, toutes les quatre dans des fibromes. Epouvanté par cette série, je me demandai si cet accident n'était pas favorisé par la grippe qui, à ce moment même tuait 2000 personnes par semaine, à Paris, et provoquait, en particulier chez les accouchées, les accidents les plus graves. Je constatai que ces accidents coïncidaient exactement avec le maximum de l'épidémie. Je me renseignai à droite et à gauche et j'appris qu'il y avait eu un peu partout des accidents analogues. Depuis cette époque, j'ai continué mes observations, et j'ai vu que toutes les fois qu'il y a une épidémie de grippe, comme nous en observons tous les ans à Paris aux environs du 1er janvier, il y a une recrudescence manifeste dans les phlébites et les embolies. J'en suis certain et celà s'explique fort bien. On conçoit que la grippe, infection d'une puissance extraordinaire et qui frappe, dans une ville comme Paris, 300000 personnes le même jour, provoque chez les opérés, soit par voie respiratoire, soit même peut-être par les poussières empoisonnées qui tombent dans le ventre, les petites infections sanguines si bien décrites par Govaerts et qui sont à l'origine des phlébites et des embolies. En tout cas, de ces constatations, ressort une conclusion pratique, un conseil, que je crois pouvoir renouveler ici comme je l'ai déjà fait dans des articles anciens: A moins d'urgence, il ne faut pas entreprendre de grandes opérations abdominales, en particulier pour fibrome, en temps d'épidémie de grippe.

* * *

Embolie post-opératoire

par le Docteur GIORDANO (Venise)

Giordano croit que l'augmentation du nombre des morts par embolie est un peu due à la mode. Jadis les morts d'embolie passaient sous la dénomination de morts par syncope; aujourd'hui on déclare tout court que des opérés qui meurent par le système nerveux, le cœur, le foie et le rein, effectivement parfois avec des symptômes semblables à ceux de la mort par embolie, sont morts par embolie. Or, à l'autopsie, l'on ne trouve souvent pas d'embolie. Puisqu'il faut convenir qu'il y a réellement des malades que nous *sentons* être candidats à l'embolie, parce qu'obèses, à circulation ralentie, et qu'il faut quand même opérer, il faudrait faire quelque chose pour prévenir la mort, chez ceux-là au moins. Or, si nous avons entendu tout à l'heure des discussions savantes, devant un malade qu'une embolie foudroye, nous sommes à peu près sans arguments ; mais peut-on prévenir? Depuis plusieurs années, j'ai constaté que les injections endoveineuses (1 ctgr. par jour dans un cc. d'eau) de biiodure de mercure coupent parfois net l'évolution de la *Phlegmasia alba dolens*, et en tous cas paraissent toujours utiles. Je sais très bien que l'on a injecté du biiodure dans des varices pour en obtenir l'oblitération mais cela, c'est autre chose : c'est une action locale sur de l'endothélium malade. Le biiodure de mercure injecté dans la veine saine agit favorablement sur la masse sanguine, probablement en la stérilisant par rapport à ces infections effacées qui préparent l'embolie.

Aussi j'ai voulu essayer d'injecter, non pas chez tous les opérés, mais chez ceux qui paraissent cliniquement candidats à l'embolie, un cc. par jour, pendant 8 à 10 jours après l'opération, de la suspension de Hg I^2 au centième. Aucun des opérés ainsi traités n'a fait d'embolie. Il est vrai qu'il passe parfois des années sans que nous en constations. C'est un essai que je me limite à vous faire connaître, en attendant que l'avenir fasse connaître s'il vaut quelque chose, dans une maladie où nous connaissons si peu ou point de remèdes, qui vaillent.

J'ai eu récemment un malade avec beaucoup d'embonpoint du type que l'on disait « sanguin », que j'avais opéré pour une perforation d'un diverticule de l'anse iliaque. Je n'avais pas

fait d'injection préventive, mais j'ai eu recours au biiodure de mercure lorsque, quelques jours après l'opération, il présenta des symptômes d'infarctus pulmonaire (douleur soudaine au thorax, crachement de sang rouge, température de 38°). Je ne sais si c'est grâce à ces injections, mais certainement de suite après la première, tous les symptômes s'amendèrent et diminuèrent en peu de jours.

***

Post-operative Embolism

by Dr Howard LILIENTHAL (New-York).

The scholarly papers on the Cause and Mechanics of Postoperative Embolism have covered practically the entire subject of embolism of the lung originating in the peripheral veins.

There is, however, another kind of postoperative embolism which is of great and growing importance. I refer to that form of air, blood clot or bacterial embolism, commonist in the brain, and arising in the pulmonary veins or even in the veins of the chest wall. It is well known that the veins of the thoracic wall quickly anastomose with the pulmonary system when inflammatory adhesions have formed between the visceral and parietal pleurae.

In the present rapidly advancing branch of thoracic surgery these accidents with their causes, progress and usual tragic termination, deserve the closest attention of both investigators and surgeons in order to minimise their occurrence and to seek for possible remedies.

The present occasion does not lend itself to the complete discussion which would be necessary for even a superficial review of its numerous aspects and I shall, therefore, merely present the following headings to indicate the scope and variety of the inquiry which some time should be made and which should be followed by a statement of conclusions.

Their description will be limited to the mere mention of headings and subheadings with a word or two of explanation.

From the mechanical point of view there are two principal forms of emboli ; first, gaseous, second, solid. The latter are subdivided into aseptic, as in clean blood clot, and infected

which, in turn, may be divided into infected solid and pure bacterial embolisms.

The pathway of the embolus lies through the pulmonary veins into the left heart, then directly through the arterial system to the brain. It must be remembered that these emboli may lodge in other parts than the brain but for the present purpose we shall not consider this point.

Gas Embolism. This nearly always occure because of the buoyancy of the entering bubble and when the patient is in the upright or semi-recumbent position. The normal pulmonary venous system has very soft walls which tend to collapse when wounded, this collapse forming a valve-like obstruction to the entrance of foreign matter, including air. When, however, there is induration, whether inflammatory or neoplastic, the vessels gape and foreign matter is drained into their lumina by inspiratory suction.

Gas in the form of air may enter through pathological or traumatic injuries to the venous walls such as puncture by a paracentesis needle through which air may be aspirated whether directly from the outer world or by way of a lacerated bronchus. As already suggested, anastomoses of the systemic and pulmonary veins may occur as the result of adhesions of lung to chest walls.

Solid Matter, whether sterile or septic, may be sucked into the pulmonary venous branches and may be distributed according to the force of the vascular current and the comparative size of the embolism and the arterial lumen.

Solid emboli may originate in a vein when a clot forms after traumatism, or because of the chemical disturbance of phlebitis. The former may be aseptic or not ; the latter are nearly always infected. They may have been admitted from without as the result of accidental wounds, with or without fracture of the ribs, or during surgical operations. Bacteria may enter in the same manner.

Course : This will depend upon the size, the location and the type of the embolism. Thus, a large air bubble may produce instant death; a smaller one dysfunction amounting to paralysis, including blindness, permanent or temporary, according to the length of time elapsed before the gas is absorbed. With timely absorption return to normal may be expected.

Abscess of the brain, either single or, more rarely, multiple, will probably occur after solid infected embolism.

In bacterial embolism multiple focal infections of the brain must be expected, usually with meningitis.

The course of a solitary septic focus is well known and not be described here but it should be noted that headache coming on after an operation for infection of the thorax is highly suspicious and, when combined with a change of mental disposition or with the occurrence of psychic irritability, should lead one to suspect metastatic abscess even before the appearance of focal phenomena.

PROPHYLAXIS : Much can be done during the course of an operation to prevent cerebral metastatic infections. A few suggestions follow :

Solid Emboli. 1 : Manipulation should be gentle so as to avoid massage of material into the pulmonary venous system.

2 : If resection of lung is to be performed ligation should precede ablation.

3 : Ligation should be preferred to cauterization or to electric coagulation without ligature since there is always danger of the subsequent breaking off of coagula and their entrance into the pulmonary venous bloodstream. The carrying of an embolus from a ligated vessel is less liable to occur when there is no current in the vascular lumen.

Gaseous Emboli. Since gas, in the form of bubbles in a liquid, tends to rise, one should never engage in procedures of any kind, including injections or irrigations, while the patient is in the erect posture. If the head is lower than the chest the chances of cerebral air embolism are minimized.

TREATMENT : The effects of solid embolism can be treated only by the evacuation of the resulting abscesses although the prognosis is poor. A few cases of recovery have been reported.

Gas Emoblism. When this has been recognized inversion of the patient and stimulation of the heart is the proper treatment with, of course, immediate cessation of the operative or other procedure. Artificial respiration should not be the first resort but the last because of the danger of drawing more air into the pulmonary venous system.

It is hoped that the entire subject of post-operative cerebral embolism may soon be taken up by this or some other surgical organization.

Les embolies et thromboses post-opératoires.

par M. DONATI,

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Turin.

Les nombreuses et importantes recherches scientifiques sur la thrombose et l'embolie post-opératoires, desquelles se sont occupés avec beaucoup de compétence MM. les Rapporteurs, sont du plus grand intérêt. Mais puisque, quant à l'étiologie, nous sommes tous d'accord que plusieurs causes peuvent favoriser et déterminer la thrombose post-opératoire et beaucoup de ces causes se vérifient dans un très grand nombre de cas, même peut-être dans la généralité des opérés, sans que à cause de çà se produisent les conséquences fâcheuses que nous craignons, le problème clinique reste palpitant et non résolu, et peut-être non résoluble.

Parmi les embolies, c'est la pulmonaire la plus terrible à cause de ses conséquences immédiates ; mais la mort subite pour embolie peut-elle être prévue ? Si nous recherchons en quels cas elle se présente, on doit malheureusemnt conclure que non. N'est-il pas vrai qu'elle peut se présenter après les opérations les plus simples et les moins dangereuses? Et pouvons-nous attribuer une importance réelle à la valeur prophylactique de certaines mesures préventives, que pourtant il faut prendre lorsque les conditions générales et locales du malade et en particulier l'adiposité et les précédents morbides (thrombophlébites) peuvent nous la faire craindre? Malheureusement non.

Certes, si nous considérons les petits infarctus pulmonaires qui, très souvent et assez facilement, peuvent être diagnostiqués et qui représentent probablement une embolie très petite qui n'entraîne pas la mort immédiate, nous devons penser que l'embolie pulmonaire n'est pas si rare et multiplier les tentatives pour la prévenir. Mais l'embolie mortelle est relativement rare et dans la majorité des cas inattendue.

J'ai recherché parmi les derniers 5,000 opérés les cas de mort subite et j'en ai trouvé 5 (1 $^{0}/_{00}$), desquels 2 opérés pour hernie inguinale, qui sont morts par embolie dans la 11e et 14e journée, juste au moment où ils laissaient le lit. Il s'agissait de jeunes gens — 26 et 31 ans — l'un d'eux relativement adipeux. La mort pour embolie pulmonaire dans les

opérés d'hernie déjà guéris est la plus connue . en Italie M BANTI s'en est magistralement occupé. Les embolies peuvent partir de la veine iliaque externe ou de la portion proximale de la veine fémorale ; et à cause de ça on peut supposer que dans l'opération de BASSINI il est important de ne pas perforer le ligament inguinal tout-à-fait près de cette portion de veine. J'enseigne particulièrement cette mesure à mes élèves.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une hystérectomie pour fibromyome de l'uterus ; thrombophlébite de la fémorale ou iliaque de gauche ; mort pour embolie pulmonaire en 14e journée. Dans ce cas la dépendance entre thrombophlébite périphérique et embolie pulmonaire peut être évidente ; mais elle est néanmoins heureusement exceptionnelle, comme le fait justement observer M. CHIASSERINI dans sa relation.

Dans trois cas sur cinq, donc, l'embolie est partie des veines iliaques.

Dans un quatrième cas il s'agissait d'une femme de 42 ans, adipeuse, opérée sous anesthésie locale pour une petite hernie ombilicale et déjà guérie par primam. L'embolie se vérifia pendant que la malade était assise sur le lit : et l'intervention avait été simple, rapide, parfaite.

Dans le cinquième cas, il s'agissait d'un opéré sous anesthésie locale de résection gastrique pour un ulcère du duodénum qui saignait beaucoup et très fréquemment ; à cause de ça, on avait fait des injections répétées de coagulène et de endocalcium. A la neuvième journée, pendant que le malade, très bien portant, était assis sur son lit en faisant la toilette de sa bouche, survient l'embolie.

Il y a quelqu'un qui objecte que certaines parmi ces morts attribuées à l'embolie pulmonaire pourraient déprendre d'une autre cause, par exemple un improvis collapsus cardiaque, et que l'autopsie seulement peut autoriser un diagnostic sûr. Je crois que même cliniquement soit possible de faire un diagnostic exact, surtout en sachant que la mort dans les embolies pulmonaires *n'est pas instantanée ;* malheureusement les sources thérapeutiques dont nous disposons valent peu de choses, ou, comme l'opération de TRENDELENBURG, sont de difficile exécution.

Comment peut-il être possible de prévenir les thromboses occlusives plus ou moins grandes et importantes ? Quelles précautions peut-on prendre, surtout dans la « zone dangereuse » de FORGUE, si les soins préopératoires varient nécessairement à l'infini selon les maladies, la période de leur évolu-

tion, l'état général des malades, les nécessités urgentes, etc., et où il faut employer parfois des méthodes de prophylaxie tout-à-fait opposées? Chez quelques malades par exemple sont nécessaires les soins pour allonger, dans d'autres pour abréger le temps de coagulation du sang.

Je crois que, à part tout ce qui se rattache à la préparation préopératoire plus minutieuse, à part les précautions pour prévenir les compressions des membres inférieurs pendant les opérations, surtout celles en narcose et en position de TRENDELENBURG, la principale prophylaxie consiste dans la technique opératoire plus précise, avec le minimum de lésion des tissus, en évitant le plus possible de tirer, de dissocier les plans, de lier en masse et de suturer grosso modo. La nécrose des tissus, même si aseptique, est, à mon avis, le facteur qui prédispose le plus aux thromboses ; et la nécrose adipeuse, que nous favorisons avec les anesthésies locales par infiltration avec des liquides qui portent à l'ischémie à cause de l'adrénaline qu'ils contiennent, est probablement, parmi tous, le plus important.

On ne doit pas se passer de l'état d'acidose des tissus qui peut très facilement être constaté — comme a fait DI NATALE dans ma clinique— dans les sérosités même aseptiques des blessures chirurgicales : cette altération, probablement liée à la nécrose tissulaire et par conséquent à la formation de protéines hétérogènes, est cause de modifications physico-chimiques dont nous ne pouvons pas prévoir l'étendue. Il peut arriver que cette nécrose exerce son influence même à distance du foyer opératoire, comme on observe dans les cas bien connus de thrombophlébite de l'iliaque ou de la fémorale à gauche chez certains opérés d'appendicite.

Je crois que, malgré tout ce qu'on a dit, la forcipressure est une manœuvre utile et pas dangereuse, à la condition que la ligature tombe sur les tissus sains au-dessus de l'instrument écraseur.

Après l'opération, je suis partisan des mouvements précoces, de la gymnastique respiratoire, en faisant lever du lit les malades le plus tôt possible. Tout ça est probablement utile pour la prophylaxie des thrombophlébites ; mais pas si important que tout ce que je viens de dire sur la précision de la technique opératoire.

⁂

Sulla embolia post-operativa

par M. CHIAROLANZA (Naples).

Non a titolo di contributo casistico — sarebbero irrisorii i pochissimi casi di, embolia postoperativa da me osservati nella mia pratica personale, di fronte alle centinaia raccolti dalle statistiche, — ma perche vi è stato in essi la coincidenza di condizioni degne di essere vagliate che io credo utile la presente communicazione.

Due casi furomo seguiti da morte immediata : uno di essi riguardava un vecchio di circa 55 anni, operato di ernia inguinale. Mentre, guarito per primam, in decima giornata lasciava la clinica, cadde fulminato ai piedi del letto, nel momento in cui si licenziava dai compagni.

L'altro caso riguarda un vecchio, obeso, miocarditico, di circa 70 anni, operato di urgenza per ernia strozzata, da scivolamente del sigma-discendente. Se nel primo caso l'intervento fu tecnicamente semplice, nel secondo si dovette resecare un ampio tratto di epiploon cronicamente infiammato, divenuto spesso per abbondante infiltrazione adiposa, il quale faceva corpo, nella cavita del sacco, col grosso intestino erniato. L'intervento pertanto fu tollerato benissimo : l'infermo, cessati i sintomi di strozzamento, potette anche cominciare a bere e ad alimentarsi. Senonche la sera del quarto giorno fu colto da sincope e morì in pochi minuti nonostante tutti gli eccitanti che gli si potettero somministrare.

In entrambi questi infermi fu practicata l'anestesia locale con novocaina-adrenalina (Meister Lucius) al ½ %, per infiltrazione e per iniezione tronculare.

Una terza inferma di circa 60 anni operata anche in anestesia locale di ernia strozzata ombelicale e nella quale fu necessaria la resezione di un glosso blocco di epiploon aderente al sacco ed ispessito per cronica infiammazione, guarì per primam. In 12 giornata però ebbe un embolia celebrale con consecutiva emiplegia.

Una quarta inferma, infine, che avevo circa due anni prima operata di cistoma ovarico e nella quale si era riprodotto il tumore nell'annesso opposto, lasciato nel primo intervento, la vigilia del giorno in cui avrebbe dovuto essere rioperata fu colpita da embolia cerebrale, con emiplegia. Non fu piu operata. Questa inferma non aveva tare organiche, nè lesioni cardio vascolari, e sopportó senza incidenti di sorta il primo intervento.

Se questa ammalata fosse stata operata il giorno prima, sarebbe stata catalogata tra i casi di embolia postoperativa. Il che induce a considerare che vi è una percentuale di casi — sia pur minima — nei quali il nesso tra operazione e embolia è solo apparente, potendo il fatto embolico aver luogo anche fuori e senza l'intervento.

Nei miei casi invece nei quali precedette l'atto operativo vi sono, come accennavo in principio, alcune coindidenze di fatti sui qualiè opportuno fermarsi un momento.

In primo luogo è da notare che si trattava d'individui di eta avanzata, tra i 50e i 70 anni, con le deficienze organiche, specie vascolari, dell'età.

In secondo luogo furono infermi operati in anestesia locale.

L'anestesia locale favorisce l'embolia? In linea di massima bisogna rispondere negativamente. Lo dimostrano l'esperienza ormai generale e la mia per quanto modesta.

Ma in individui con alterazioni vasali se pur lievi, come quelle che si osservano nei vecchi — flebosclerosi, arteríti croniche ecc., l'azione locale dell anestetico specie se vi è adrenalina puó creare in sito le condizioni d'una trombosi con consecutiva embolia.

Questa trombosi, favorita dall'azione locale dell'anestetico, può trovare un ausilio potente nell'infezione : non nell'infezione settico-suppurativa, nella quale il fenomeno è di agevole intendimento, ma in quelle infezioni subdole che si mascherano sotto la prima intenzione, manifestandosi al massimo con un lieve turgore della ferita operativa e con qualche linea di temperatura febbrile.

Il fenomeno della ipertemia leggiera è abbastanza costante, cosi da farlo elevare quasi a valore di segno ed a criterio prognostico, sebbene a mio avviso contro ragione.

E stata invocata la stasi come momento importantissimo della trombosi. Ma se dopo un intervento addominale la stasi è facilmente comprensibile, non so come si possa invocarla nelle embolie degli operati di ernia, in una lesione parietale, dove non esistono grandi reticoli venosi e quando gli ammalati per la natura degli interventi e la sede della lesione non sono obbligati a protratta immobilità.

Una spiegazione dei momenti causali dell embolia postoperativa deve pótersi adattare a tutti i casi. Oppure bisogna ammettere che plurima è la genesi dell'embolia a che vi sono momenti che agiscono in un caso e momenti che agiscono in altro. E indubitato che la stasi abbia un influenza grandissima nella genesi della trombosi, ma i fatti di osservazione indu-

cono ad ammettere che vi possa essere trombo-embolia, anche se non vi è stasi in tutto un settore vasale venoso.

E evidente l'utilità, ai fini della quistione che ci occupa, dello studio del meccanismo fisiopatologico della trombosi sanguigna.

Ma non basta l'aver stabilito che si abbiano nella trombosi spostamenti nel numero delle piastrine ed in genere modificazioni morfologiche e chimico-fisiche del sangue. Dopo ogni atto operativo è accertato che queste modificazioni anno luogo e ciò non pertanto non si ha di solito trombo-embolia. Il che significa che esse non bastano a provocarla.

Sicchè resta insoluto il problema della trombo-embolia, se non si scende alla ricerca di tutti quei fattori che sono capaci di provocare le alterazioni degli endotelii vasali e le altre morfologiche e fisico chimiche del sangue che intervengono nelle trombosi.

D'altra parte, se l'embolia delle vene polmonari è facilmente comprensibile nei casi di trombosi delle vene del territorio operativo, diventa di interpretazione piu difficile se avviene nel campo della grande circolazione.

L'embolia di un arteria cerebrale — come nel caso mio — dipende da trombosi delle vene del focolaio chirurgico? Per ammettere cio bisogna riconoscere o che vi sia possibilita pel sangue venoso di mescolarsi con quello arterioso — forame di Botallio pervio od altre deiscenze fra atrii e ventricoli — oppure che emboli minimi possano superare i capillari polmonari e quindi passare nel grande circolo.

Oppure le cause dell'embolia sono di altra natura. Ed allora in qual rapporto sta l'intervento chirurgico col fenomeno embolico?

Lo studio delle condizioni nelle quali l'embolia postoperativa ha luogo, costringe ad ammettere che tra i tanti momenti che si possono invocare due hanno un importanza preponderante : il — primo, che rappresenta come la condizione sine qua non del fenomeno morboso, è un'alterazione delle pareti vasali venose, precedente ed indipendente dall'atto operativo, forse in rapporto con le tare organiche dell'età. Difatti l'embolia postoperativa è un triste privilegio di individui avanzati negli anni.

Il socondo é l'infezione. Come dicevo in principio, accanto all'infezione prorompente in imponenti fenomeni locali e generali, occorre tener conto di quella rappresentata da piccole, spesso nascoste localizzazioni senza appariscenti disturbi locali, ma che sono piu che sufficienti a provocare trombosi in vasi gia predisposti.

DEUXIÈME SÉANCE SCIENTIFIQUE

Mardi 23 juillet, à 10 heures et à 14 h. 30

Sous la présidence du Prof. HARTMANN, de Paris

Résultats de la résection de l'estomac pour ulcère gastrique et duodénal

---

M. GIORDANO (Venise) est invité à prendre la présidence.

*
* *

M. BALDO-ROSSI, puis M. SCALONE (Milan) exposent les conclusions de leur rapport (vol. 1, p. 447).

*
* *

M. SCHOEMAKER (La Haye) résume son rapport (vol. 1, p. 609).

*
* *

M. le Prof. KRYNSKI prend alors la présidence.

*
* *

M. LARDENNOIS (Paris) développe les conclusions de son rapport (vol. 1, p. 289).

*
* *

M. RIBAS-RIBAS (Barcelone) commente son rapport (vol 1, p. 387).

M. le Docteur SCHOEMAKER (La Haye) prend place au fauteuil présidentiel.

M. PUIG Y SUREDA (Barcelone) résume son rapport (vol. I, p. 337).

*
* *

Après avoir exprimé les regrets de l'absence de M. Bartrina de Barcelone, retenu en Espagne pour cause de maladie, M. Lozano donne lecture du résumé du rapport de M. BARTRINA (vol. I, p. 254).

*
* *

M. ZAORSKI (Varsovie) résume les conclusions de son rapport (vol. I, p. 643).

*
* *

Gastrectomy in the Treatment of peptic Ulcer

Dr. EDWIN G. RAMSDELL

Prof. Ribas concludes that « Gastrectomy is an excellent operation which is, however, followed by an excessive mortality » and admits 20% of indifferent or bad results.

Prof. Bartrina limits the operation of gastrectomy to 30% of gastric ulcer cases and 2% of duodenal or juxtapyloric ulcers, and likewise states that it is not possible to conceal the very high mortality with which the operation is associated.

These admissions that the operation of partial or subtotal gastrectomy carries a high mortality are timely and I believe quite true. The published statistics of mortality rates come only from a few clinics and give the impression that the operation is relatively simple and should average a mortality of from 1.6% to perhaps 6%.

A recent observation was made in New York City on 11 consecutive cases of subtotal gastrectomy. The operations were performed at different hospitals by different surgeons but all for gastric ulcers located on the lesser curvature, so called corporic ulcers. Five of these patients died before leaving the hospital.

Furthermore, we are gradually learning that subtotal gastrectomy does not always protect against recurrence of the ulcer. One of my patients (N° 9) operated September 6, 1925 for a large crater ulcer in the pyloric region and adherent to the pancreas, recovered nicely after a subtotal gastrectomy with an anterior Polya anastomosis. He remained well and continued at his regular business for about 4 years.

One June 15, 1929 an ulcer of the jejunum close to the anastomosis suddenly ruptured. The perforation was closed and the patient has recovered.

Balfour recently reported 28 cases of recurrent ulcer requiring secondary operations following subtotal gastrectomy.

Original operation for	gastric ulcer	14 cases
» »	» duodenal ulcer	8 »
» »	» gastro-jejunal ulcer	6 »

The types of anastomosis in the series were quite varied.

Billroth No. 1	3 cases
Billroth No. 2	6 »
Sleeve Resection	10 »
Post. Polya	7 »
Ant. Polya	2 »

It is evident that the recurrence cannot be attributed to any special type of anastomosis or technique.

I believe that a very conservative attitude should be taken in the treatment of peptic ulcer. Adequate medical treatment with rest in bed may cure a good many cases.

This is especially true in some gastric ulcers which, although showing a large crater do respond to medical treatment. It is amazing how quickly these craters diminish and under frequent X-ray examinations disappear entirely — sometimes in two or three weeks. Those cases showing no diminution in the size of the ulcer should be operated. The persistence

of occult blood in the stool, in spite of adequate medical management, is likewise an indication for operation.

A malignant ulcer will not diminish in size and may continue to bleed a little in spite of medical treatment.

The duodenal ulcer cases are cured with more difficulty under medical management, but may be endured for many years unless hemorrhage, perforation or obstruction complicates the picture.

When operation is decided upon, I believe that not all cases should be subjected to the same procedure. « Make the punishment fit the crime ». It does not seem wise to standardize the operative treatment of this condition.

The advisability of employing one of the following conservative surgical procedures should be considered.

1. Gastroenterostomy.
2. Excision of ulcer followed by gastroenterostomy.
3. » » » » » Horsely pyloroplasty.
4. Gastroenterostomy with jejunostomy.

Subtotal gastrectomy should be considered as a radical procedure and reserved for a selected group of cases.

I believe that better results are obtained by choosing the type of operation suited to each particular case, rather than by standardizing a type of gastrectomy for all cases.

These conclusions are based on a careful follow-up study of 42 cases operated upon during the past ten years and grouped as follows :

	Male	Female	Total
Duodenal ulcer	29	4	33
Gastric ulcer	3	1	4
Gastric malignancy . . .	4	1	5
Total . .	36	6	42

The procedures employed may be grouped as follows :

1. PARTIAL GASTRECTOMY :

11 cases ; 2 deaths.

One of these deaths was a case of massive sarcoma of stomach which required a patrial colectomy in addition to the gastrectomy, and should have been considered inoperable.

The second death was that of a man 59 years of age with hypertention and myocarditis who had a large indurated crater ulcer of the pylorus. Gastro-Enterostomy should have been done in this case instead of subtotal gastrectomy.

End Results :

	Cured	Died
Pyloric ulcer	4	1-postop.
Gastric ulcer	2	
Malignancy	1-recent	1-postop.
		1-ly. postop.

2. SIMPLE GASTRO-ENTEROSTOMY :

11 cases ; 2 deaths ; 9 cured.,

These two deaths occurred in elderly men in whom the operation was performed in the hope of arresting repeated hemorrhages.

End Results :

The nine cases have been well and free from symptoms for a period of several years. The longest case being under observation for nine years.

3. EXCISION WITH PYLOROPLASTY (HORSELY TYPE) :

7 cases ; no deaths.

End Results :

5 cases cured. 2 recurrences.

One, which was associated with hemorrhage, developed a year following operation another small bleeding ulcer which under medical management appears to have healed.

One other case at the end of a year developed another small ulcer with severe hemorrhage. Bleeding continued in spite of medical treatment. Under an exploratory operation, the patient died suddenly as the peritoneal cavity was opened.

4. OPERATIONS FOR ACUTE PERFORATIONS :

7 cases ; no deaths ; 5 cures ; 2 required further surgery.

Simple Closure : 3 cases ; No deaths
1 cure
2 required further
surgery 1 year later

Closure and Gastro-Enterostomy : 2 cases ; No deaths.
2 cures

Closure and Pyloroplasty : 2 cases ; No deaths.
2 cures

5. ONE DOUBLE ANTERIOR GASTRO-ENTEROSTOMY :

for a large ulcer of body of stomach attached to pancreas and causing hourglass constriction. On account of this patient's general condition, gastrectomy was contra-indicated. Operation : Feb. 12, 1921. Patient has remained well.

6. SIMPLE APPENDECTOMY.

This patient, 62 years of age, was operated for duodenal ulcer. A small scar on the cap was located, but also a very large perforated appendix with a small walled off abscess. The appendix was removed and nothing was done to the ulcer. Patient has been well and free from symptoms for two years.

7. EXPLORATORY LAPAROTOMY :

for recurrent hemorrhage : 1 case ; Died.

Patient died as peritoneal cavity was opened. Cause of death was not determined.

8. MEDICAL MANAGEMENT :

6 cases ; 6 cures.

Five of these were acute bleeding duodenal ulcers, one was a gastric ulcer high up on the lesser curvature.

In conclusion, it is my opinion that gastrectomy is an excellent operation for a selected group of cases, chiefly those suggesting malignancy or those perforated and indurated ulcers with large craters.

Other cases of peptic ulcer can be cured by more conservative procedures.

Duodenal Ulcers

	Name	Age	Date	Findings	Treatment	Immediate Result	Late Results
1.	H.F. M.	62	Mar. 14, 1921	Perforated Ulcer 4 hours	Closure Gastro-Enterostomy	Recovery	Cured
2.	T.C. M.	48	Dec. 6, 1920	Ulcer 1" from Pylorus. Chr. Appendix	Finney Pyloroplasty with excision Appendectomy	Recovery	Cured
3.	T.D. M.	61	Sept. 6, 1921	Pyloric Ulcer with obstruction	Gastro-Enterostomy	Recovery	Cured
4.	F.S. M.	57	Dec. 12, 1921	Pyloric Ulcer with obstruction Chr. Appendicitis	Gastro-Enterostomy Appendectomy	Recovery	Cured
5.	E.W. J.	42	Apr. 25, 1923	Ulcer. Chr. Appendix. Obstruction at Fossa Treitz	Gastro-Enterostomy Appendectomy	Recovery	Cured
6.	S.W. (15 years of symptoms) M	68	Jan. 24, 1924	Obstruction due to mass at pylorus	Gastro-Enterostomy	Cured	Recovery
7.	S.R. M.	37	June 5, 1924	Ulcer with obstruction. Chr. Cholecystitis	Gastro-Enterostomy Cholecystectomy	Recovery	Cured
8.	L.P. M.	50	June 29, 1924	Perforated Ulcer 42 hours	Closure	Recovery	Obstruction 1 year later
9.	C.H. M.	44	Sept. 6, 1925	Large Crater Ulcer	Partial Gastrectomy Ant. Polya	Recovery	Cured Recurrence Perforation June, 1929

Duodenal Ulcers

	Name	Age	Date	Findings	Treatment	Immediate Result	Late Results
10.	G.H. M.	50	Oct. 14, 1925	Gall Stones Chr. Appendix Crater Ulcer	Excision with Pyloroplasty Cholecystectomy Appendectomy	Recovery	Recurrence 1 year later
11.	L.P. M.	51	Oct. 16, 1925	Pyloric Obstruction. Chr. Cholecystitis	Gastro-Enterostomy Cholecystectomy	Recovery	Cured
12.	C.B. M.	45	Nov. 10, 1925	Hemorrhage. Duodenal X-ray Ulcer. Dec. 3, 1925	Medical Management	Recovery	Cured
13.	E.S. J.	50	Feb. 27, 1926	Small Ulcer. Gall Stones. Chr. Appendix. Hemorrhage	Excision with Pyloroplasty Cholecystectomy Appendectomy	Recovery	Recurrence Medical Cure 1 year later
14.	L.V. M.	57	Mar. 4, 1926	Ulcer Scar 1" from pylorus with induration	Gastro-Enterostomy Appendectomy	Recovery	Cured
15.	C.M. M.	43	Sept. 29, 1926	Large perforated ulcer penetrating to pancreas	Partial Gastrectomy. Post Polya	Recovery complicated by duodenal fistula	Cure
16.	G.H. M.	50	Nov. 4, 1926	Hemorrhage	Laparotomy	Died	
17.	J.C. M.	45	Nov. 29, 1926	Perforation of pylorus. 4 1/2 hours	Excision and Closure	Recovery	Cure

Duodenal Ulcers

	Name	Age	Date	Findings	Treatment	Immediate Result	Late Results
18.	H.G. M.	39	Mar. 23, 1927	Acute perforation 1/4" in diameter. Induration 1 1/2" in diameter	Excision and Closure. Pyloroplasty	Recovery	Cure
19.	W.C. M.	59	Mar. 28, 1927	Chronic indurated ulcer. Gall Bladder Appendicitis	Partial Gastrectomy. Cholecystectomy. Appendectomy	Died	
20.	G.T. J.	23	May 5, 1927	Multiple crater ulcers of duodenum Chronic appendix	Partial Gastrectomy. Post Polya. Appendectomy	Recovery	Cure
21.	H.T. M.	35	June 1, 1927	Large crater ulcer on post. wall	Partial Gastrectomy. Post Polya Appendectomy	Recovery	Cure
22.	M.M. M.	34	June 17, 1927	1/2" crater small Ant. ulcer. Chr. Appendicitis	Excision with Pyloroplasty Appendectomy	Recovery	Cure
23.	J.K. M.	45	Oct. 7, 1927	Ruptured ulcer on ant. surface of duodenum	Simple Closure	Recovery	Cure
24.	F.P. M.	34	Oct. 10, 1927	Hemorrhage. Hematomesis.	Medical Management.	Recovery	Cure
25.	R.R. M.	24	Nov. 12, 1927	Acute perforation Small pin point with oedema and induration	Excision of crater Closure with Pyloroplasty	Recovery	Cure

Duodenal Ulcers

	Name	Age	Date	Findings	Treatment	Immediate Result	Late Results
26.	W.J. M.	62	Dec. 20, 1927	Duodenal Ulcer suppurative appendicitis	Appendectomy	Recovery	Recovery
27.	G.W. M.	69	Jan. 24, 1928	Bleeding duodenal ulcer. Chr. indura tion. Repeated hemorrhages	Gastro-Enterostomy	Died Repeated Hemorrhage	
28.	R.B.	31	Mar. 28, 1928	Perforation from large indurated ulcer. 4 hours	Closure. Gastro-Enterostomy	Recovery	Cure
29.	C.M. M.	27	May 1, 1928	Hematemesis Maelena. No X-ray	Medical Management	Recovery	Cure
30.	E.F. M.	66	Dec. 7, 1928	Perforated duodenal ulcer. Mass size of orange. Post. perforation	Gastro-Enterostomy	Died	
31.	J.B. M.	42	Feb. 26, 1929	Small ulcer Chr. Appendix	Cautery excision with pyloroplasty Appendectomy	Recovery	Cure
32.	Faubel	40	January, 1928	Hemorrhage	Medical Management	Recovery	Cure
33.	Street	51	Feb., 1927	Hemorrhage Recurrence crater of 1 year ago.	Medical Management	Recovery	Cure

Gastric Ulcer

Name	Age	Date	Findings	Treatment	Immediate Results	Late Results
1. L.C. J.	51	Feb. 12, 1921	Large crater ulcer high on lesser curvature and post. surface of stomach. Hourglass contraction	Trans-gastric cauterization and closure of mucusa. Double ant. gastro-enterostomy	Recovery	Cure
2. J.E. M.	32	Dec. 12, 1923	Large Crater mid lesser curvature. Perforation to pancreas	Partial gastrectomy. Post Polya	Recovery	Cure
3. S.B. M.	28	June 7, 1924	Large perforating ulcer - gastro-jejunal adherent to pancreas	1 Division of jejunum above and below attachment to stomach, and end to end suture 2 Partial gastrectomy. Post Polya	Recovery	Cure
4. Marra M.	30	Oct. 1927	Ulcer high on lesser curvature	Medical management. Duodenal tube feeding	Recovery	Cure

Malignancy of Stomach

Name	Age	Date	Findings	Treatment	Immediate Results	Late Results
1. W.F. M.	49		Inoperable cancer Cardia of stomach Adherent liver spleen	Exploration Laparatomy	Recovery	Died about 4 months later
2. F.C. M.	59	June 14, 1926	Large Crater ulcer gastric side-pylorus Adeno carcinoma	Partial gastrectomy	Recovery	Recurrence Death 1 year
3. G.D. M.	60		Large crater ulcer Adeno carcinoma	Partial gastrectomy	Recovery	Recurrence Death 1 year
4. M.G. J	44	April 11, 1921	Large malignant ulcer lever curvature 2 Gall stones 3 Appendicitis (Adeno-carcinoma)	Partial gastrectomy Post Polya Cholecystectomy Appendectomy	Recovery	Well at present
5. H.W. M.	57	Nov. 2, 1925	Enormous sarcoma of stomach	Gastrectomy Ant. Polya Colectomy	Died	

BIBLIOGRAPHY.

Balfour, Donald C. Recurring Ulcers Following Partial Gastrectomy, Annals of Surgery, 1928, XXXVIII, 548.

Sur les résultats des résections pour ulcère gastrique et duodénal

Prof. R. ALESSANDRI (Roma)

Je me bornerai à des simples observations, surtout sur quelques points des rapports, où mon opinion et mon expérience ne sont pas en complet accord avec celles des rapporteurs.

Une des questions les plus difficiles et discutées est la fréquence de la transformation cancéreuse de l'ulcère.

Je dois dire, d'après mon expérience, que je la crois rare.

Il est bien connu qu'elle est exceptionnelle dans l'ulcère duodénal, qui est beaucoup plus fréquent que l'ulcère gastrique.

Mais je pense que dans l'ulcère de l'estomac aussi elle n'est pas fréquente.

Il est bien de fixer que la possibilité de la transformation d'un ulcère simple en cancer est autre chose que l'ulcère-cancer, quoique cette dernière expression soit très peu précise.

On comprend en effet sous ce nom des ulcères simples, qui à leurs bords présentent des images histologiques qui peuvent être interprétées très différemment, mais selon la plupart des observations sont simplement dues au processus inflammatoire péri-ulcéreux et ne représentent pas des infiltrations néoplasiques.

Si au contraire il s'agit des véritables néoplasmes, on doit parler de cancers, qui peuvent ressembler à des ulcères calleux, et qu'on devrait en tous cas extirper ; si on accomplit en ces cas une gastro-jéjunostomie, il s'agit d'une erreur de diagnostic ; le cas ne doit pas être très rare parce qu'il est parfois extrèmement difficile de distinguer à la laparotomie un ulcère calleux simple d'un cancer.

Nous avons plusieurs fois réséqué largement un estomac en croyant avoir à faire à un cancer, et l'examen histologique de la pièce a démontré qu'il s'agissait d'un simple ulcère.

A l'occasion du 33^{me} Congrès (1928) de la Société Italienne de Chirurgie, sur la question des résultats éloignés des opérations pour cancer de l'estomac, nous avons recherché nos

opérés, et nous en avons trouvé un, qui à cause de l'extension des lésions, jugé inopérable radicalement, avait été traité par une gastro-jéjunostomie, et qui se portait très bien après cinq ans. Evidemment il s'agissait d'un simple ulcère calleux : ce cas en passant doit être tenu en compte dans les statistiques sur les résultats éloignés des résections pour cancer. Sur 134 opérés de gastro-jejunostomie pour ulcère, dont nous avons pu avoir des nouvelles à distance, nous comptons 7 morts tardives dont 4 pour cancer. Ce chiffre pourrait sembler en appui à la fréquence de la complication ; mais un seulement est mort un an après l'opération, et peut-être il y avait eu erreur de diagnostic, les autres trois sont morts de 5 à 7 ans après, et la corrélation avec l'ulcère est, au moins, douteuse.

***

Ce n'est donc pas seulement à cause de la possibilité de transformation de l'ulcère en cancer qu'on doit préférer la résection à la gastro-jéjunostomie, mais pour des raisons bien plus importantes.

C'est surtout à mon avis pour le fait que dans les ulcères gastriques, surtout dans ceux de la petite courbure et du corps de l'estomac la gastro-jéjunostomie n'a pas en général d'action efficace et que même pour les ulcères pyloriques et duodénaux les nombreuses recherches expérimentales et l'expérience clinique aujourd'hui si étendue ont démontré l'action beaucoup plus complète de la résection sur le chimisme gastrique et en général sur les conditions que nous pensons en rapport avec la production des ulcères, qu'on doit opter en faveur de la résection plutôt que de la gastro-jéjunostomie.

On pose la question de la mortalité plus haute.

Même dans ma statistique la mortalité de la résection est plus forte que dans la gastro-jéjunostomie ; mais selon mon expérience on a éxagéré la bénignité des opérations de gastro-jéjunostomie. J'ai souvent vu après la résection des suites post-opératoires beaucoup plus simples que après la gastro-jéjunostomie ; la complication qui est la cause la plus fréquente des insuccès, la bronchopneumonie post-opératoire, suit presque également les deux opérations.

Même une résection étendue de l'estomac pour ulcère de la petite courbure ou du corps n'est pas en général opération très grave ; éxécutée avec anesthésie régionale de la paroi, et avec l'anesthésie des splanchniques ou mieux encore

avec l'infiltration à la tutocaïne des epiploons, ou si cela est nécessaire avec une courte anesthésie générale à l'éthylène à la fin de l'opération, est très bien supportée, et dans mon expérience, comme pour tous les chirurgiens, la statistique, s'améliore toujours.

La résection est au contraire très difficile et grave dans les ulcères duodénaux calleux ou dans les pyloriques avec infiltration du duodénum.

Dans ces cas je préfère me limiter à une gastro-jéjunostomie qui donne souvent des résultats excellents et définitifs, en tous cas peut améliorer les conditions générales et locales et permettre après quelques temps, une résection ; ou plusieurs fois j'ai exécuté une résection étendue de l'antre et du corps de l'estomac, tout en laissant l'ulcère. Cette résection qu'on fait sur un estomac normal est très aisée et rapide ; une difficulté cependant peut surgir dans l'invagination et la fermeture du moignon duodénal ou pylorique, à cause de l'infiltration souvent étendue des parois de l'estomac ou du duodénum ; j'ai trouvé que dans ces cas il est bon de s'éloigner de l'ulcère, et de sectionner l'estomac à gauche du pylore ; on peut détruire la muqueuse de la portion gastrique résiduelle et si on veut même l'ulcère, et fermer sans difficulté le moignon.

Pour la méthode de résection j'ai abandonné les excisions simples, les cautérisations, les excisions en V. les Billroth I, qui sont je pense des procédés d'exception.

Je préfère en général le Billroth II et plus précisément les Reichel-Polya, en suturant ordinairement le jéjunum à la portion gastrique cardiale, avant le colon (Balfour).

Je dois cependant affirmer contre l'opinion de beaucoup des rapporteurs que la résection à manche est une bonne opération ; les résultats immédiats sont favorables, le contrôle avec l'examen radiologique et clinique donne aussi un bon fonctionnement de l'estomac ; et les résultats tardifs sont aussi bons. Je l'ai exécuté sur 43 malades toujours pour ulcère haut de la petite courbure ; nous avons pu avoir des renseignements sur les résultats lointains seulement en 11 cas, dont 8 étaient parfaitement guéris.

Une question importante est l'étude de la fonction gastrique après l'opération.

Les résultats les plus favorables s'obtiennent avec la résection étendue à la Reichel-Polya, dans ces cas nous avons toujours obtenu une diminution considérable de l'acidité totale et presque toujours une anachlorhydrie ou au moins une hypochlorhydrie très marquée.

Un dernier mot sur l'ulcère peptique jéjunal.

La pathogenèse de cette grave complication post-opératoire, en général tardive, est très obscure, et mon école a cherché à apporter par des recherches expérimentales et cliniques une contribution réelle à la solution du problème.

Je veux me borner à mettre au point deux faits qui sans aucun doute sont bien fixés : que sa production est en rapport avec le taux de l'acidité qui reste après l'opération et surtout de l'HCl. et qu'elle est de beaucoup plus fréquente après la gastro-jéjunostomie, surtout si on a fait aussi une exclusion pylorique, tandis qu'elle est exceptionnelle après la résection étendue.

Et je pense que cette considération doit avoir une grande importance pour la préférence à donner à la résection, surtout dans les cas à haute acidité, puisqu'il s'agit d'une complication très sérieuse et qui tend selon mon expérience à devenir toujours plus fréquente.

Même dans ces cas j'ai vu que si on ne peut simplement détacher la gastro-jéjunostomie en excisant naturellement l'ulcère et cela est possible seulement si l'ulcère primitif est guéri et le pylore et le duodénum bien perméables, la seule opération qui peut donner des résultats durables est une résection étendue de l'estomac, qui peut toujours être indiquée comme un Reichel-Polya avec des modifications techniques, sur lesquelles je ne veux pas insister, car je me reporte aux films que vous verrez projetés.

(Ces films furent projetés en séance extraordinaires le jeudi 25, à la clinique chirurgicale de la rue Nowogrodska.)

*
* *

M. le Professeur DE QUERVAIN prend la Présidence.

Résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac et du duodénum, surtout de la gastrectomie

PAR M. DE DZIEMBOWSKI

En 12 ans, j'ai opéré 300 malades pour ulcère de l'estomac et du duodénum. Tous ces malades étaient gravement atteints (lésions importantes, fortes adhérences), leur état général était très mauvais presque dans la totalité des cas. Ces cir-

constances défavorables m'ont amené à pratiquer des gastro-entérostomies assez fréquemment : 72 cas dont 30 pour ulcère du duodénum avec 10 guérisons complètes ou bons résultats éloignés. Dans les cas complètement guéris, il s'agissait d'ulcères du duodénum sans hyperacidité ou d'ulcères cicatrisés, surtout d'ulcères du pylore ; aucun malade ne souffrait de douleurs violentes ni ne présentait de menace de perforation ou d'hémorragie.

Dans 42 cas l'opération fut faite avec des résultats moins heureux ; dans 3 cas l'opération conservatrice n'a donné aucun résultat. J'ai fait heureusement, dans ces cas, une gastrectomie secondaire. J'ai eu 7 morts après l'intervention et 2 morts par cancer de l'estomac quelques mois après l'intervention. J'insiste sur ce point, que le très mauvais état des malades a entraîné une mortalité aussi importante.

Dans tous les cas avancés, je pratique la gastroentérostomie réservant l'opération radicale pour les cas précoces sans douleurs violentes, sans hyperacidité ni menace de perforation ou d'hémorragie avec ulcère (principalement ulcère du duodénum) cicatrisé. Je compte 30 % de guérisons complètes et 50 % de résultats appréciables.

Je n'ai pratiqué d'autres opérations conservatrices que dans des cas exceptionnels. La résection de l'ulcère n'a été faite que dans quelques cas où l'opération radicale paraissait être sans doute nécessaire — menace de perforation ou d'hémorragie — mais risquée étant donné le mauvais état général ou les adhérences. La mortalité postopératoire et les résultats de cette méthode (résection de l'ulcère même avec gastro-entérostomie) font, que je n'en fais usage que dans des cas exceptionnels. J'ai obtenu 9 guérisons complètes, 8 améliorations, 3 malades sont morts par accidents postopératoires.

Lorsque, au cours de l'intervention, je n'ai pas trouvé d'ulcère même en pratiquant une gastrotomie, je procède ainsi : je fais une gastrotomie ou plutôt une pylorotomie de la même façon que pour la pyloroplastie. Puis, n'ayant pas trouvé d'ulcère, je suture cette plaie de la paroi de l'estomac toujours comme s'il s'agissait d'une pyloroplastie. J'ai obtenu ainsi 13 résultats très satisfaisants sur les 15 cas opérés. Peut-être le pylorospasme qui produisait les troubles fut-il apaisé par l'intervention. Dans de tels cas je n'ai jamais tenté d'autres opérations et surtout jamais de gastroentérostomie. 4 fois j'ai eu l'occasion d'intervenir pour des séquelles de gastroentérostomie ; en réséquant la région gastroentéroanastomisée j'ai rétabli l'état antérieur, puis j'ai ajouté une pyloro-

plastie. Ces interventions m'ont donné une guérison complète et 3 améliorations considérables.

Tous les autres cas, c'est-à-dire la majorité, furent opérés radicalement. La gastrectomie, aussi large que possible, fut exécutée suivant la méthode Péan, Rydygier, Billroth et, surtout, dans les dernières années, celle de Reichel-Polya. Suivant les besoins, j'ai apporté à ces méthodes les modifications connues.

J'ai déjà précisé que les interventions conservatrices donnent une mortalité minima, 1,6 %, qui s'élève lorsqu'on opère sur des sujets débilités.

Pour l'ulcère de l'estomac, je pratique toujours la gastrectomie large excepté sur les malades tarés. Je la préfère aussi pour l'ulcère du duodénum en respectant toutefois les contre-indications, la nature de la lésion, qui pourraient permettre de faire une intervention conservatrice, ainsi que je l'ai déjà dit.

L'ulcère peptique du jéjunum, après gastroentérostomie exécutée pour ulcère du duodénum, a été constaté par moi dans 6 cas avec troubles graves exigeant une nouvelle intervention. Je n'ai jamais observé cette complication après les gastroentérostomies que j'ai faites. Dans les 6 cas, j'ai réséqué la gastroentéroanastomose en pratiquant en même temps une gastrectomie large. J'ai obtenu ainsi 4 guérisons complètes. 2 malades sont morts du choc opératoire.

Dans 37 cas il m'a fallu intervenir pour péritonite aiguë par perforation d'ulcère de l'estomac (20 cas) ou du duodénum (17 cas). Les cas opérés dans les dix heures qui suivirent la perforation furent tous guéris. 14 malades opérés trop tardivement, chez lesquels j'ai constaté des lésions graves du péritoine et un mauvais état général (cyanose et hypotension sévère) sont morts malgré l'opération. Dans la plupart des cas (27) j'ai pratiqué la suture de l'ulcère et le drainage du péritoine. 14 malades sont morts, 9 ont été complètement guéris. Dans 4 cas enfin, les résultats éloignés n'ont pas été satisfaisants et il aurait fallu intervenir à nouveau. Parmi ceux-ci, deux ont été guéris après un traitement médical. Dans deux autres cas, il m'a fallu pratiquer la gastroentérostomie ou la gastrectomie large avec bon résultat éloigné. Dans 6 cas, j'ai pratiqué la gastroentéroanastomie tout de suite après la suture de l'ulcère perforé et dans 4 cas la gastrectomie, c'est à-dire la résection large de la partie pylorique où se trouvait l'ulcère perforé. L'état de ces malades était bon, l'opération avait pu être faite précocement, les lésions du péritoine

n'étaient pas importantes. Les résultats furent les suivants : excellente suite postopératoire, guérison complète, excellent résultat éloigné. Dans ces derniers cas je n'ai pas fait usage du drainage du péritoine, ce qui me paraissait être inutile. J'ai appliqué le drainage dans les cas où la suture de l'ulcère perforé paraissait être douteuse et où la gastroentérostomie, susceptible de remédier à cet état de choses, ne pouvait pas être pratiquée à cause des mauvaises conditions dans lesquelles se trouvait le malade

*
* *

M. le Dr. GIORDANO (Venise)

Humboldt raconte quelque part dans ses voyages qu'il a trouvé sur les bords de l'Orénoque un perroquet qui parlait la langue d'une tribu complètement éteinte. Vous pouvez me prendre pour un de ces perroquets, après l'apologie que nous venons d'entendre de la résection, et la condamnation de la gastro-entérostomie. Et pourtant, malgré le Congrès, j'ai bien l'intention de continuer à faire de la gastro-entérostomie, parce que moins grave, et généralement efficace pour les ulcères duodéno-pyloraux. Naturellement, puisque, comme l'a dit aussi M. Lardennois, l'hyperchlorhydrie est maintenue par des lésions à distance, ça n'est pas la résection qui les supprime, mais l'inspection, très faisable par l'incision épigastrique, de la vésicule biliaire, que l'on enlèvera si calculeuse, et surtout du colon ascendant, que l'on délivrera des adhérences péricoliques, et de l'appendice, que l'on enlèvera s'il paraît malade. Seulement après ces interventions causalement complètes, il peut y avoir, rarement, l'indication d'une résection secondaire, si l'ulcère continue à faire souffrir. Pour y être prêts, il vaut mieux surveiller nous-même nos opérés que de les consigner au médecin.

Il me paraît superflu d'ajouter que l'anesthésie locale ou splanchnique à laquelle l'on veut attribuer une diminution de gravité pour la résection, est aussi bien applicable pour la gastro-entérostomie.

*
* *

Sur les déplacements de l'équilibre acidobasique du sang des malades avec des ulcères gastriques et duodénaux

Dr. VANA

Professeur agrégé (Trebic, Tchécoslovaquie)

Mes recherches sur l'équilibre acidobasique dans le sang portent sur les cas d'ulcère gastrique et duodénal avec hyperchlorhydrie. J'ai examiné des malades avant la résection et après celle-ci. Avant l'opération a été constaté ce phénomène intéressant, qu'après des repas la vascillation normale de pH se présente dans ces cas-là dans une mesure beaucoup plus grande que chez les personnes bien portantes. Comme il est bien connu le pH du sang monte pendant la sécrétion de l'acide chlorhydrique parce que le sang s'appauvrit des ions de l'hydrogène et l'alcalose du sang augmente. Cette excursion normale s'élève à peu près à la valeur du pH 7,50. Au cours de la sécrétion hépatique et pancréatique le sang perd ses ions hydroxyliques et devient acidulé de sorte que le pH du sang baisse à une valeur de 7,28. Chez les personnes qui souffrent d'ulcères gastriques ou duodénaux avec hyperchlorhydrie l'alcalose du sang augmente après le repas jusqu'au degré des alcaloses incompensées ; le pH du sang monte à 7,80 à 8,00 et de même l'acidose postérieure est plus grande, de sorte que j'ai constaté des valeurs de 7,18.

Voici qu'elle peut être la cause de ce phénomène :

1) La muqueuse de l'estomac sécrète trop rapidement l'acide chlorhydrique et prive trop vite le sang d'acide.

2) Les solutions tampon qui aident à entretenir l'équilibre acidobasique du sang n'ont pas la même énergie que chez les individus bien portants.

3) La régularisation de la tension de l'acide carbonique dans le sang exécutée par les poumons n'est pas suffisante et cet acide ne suffit pas à remplacer la perte des ions d'hydrogène du sang pour que l'équilibre acidobasique ne soit pas troublé.

La qualité de la sécrétion de l'acide chlorhydrique dans l'estomac dépendant de l'état de la muqueuse gastrique, a sa véritable importance dans le phénomène décrit. Si nous faisons une opération radicale, nous enlevons une grande

partie de la muqueuse et ainsi nous diminuons la surface sécrétoire. Après une opération radicale le mouvement oscillatoire de l'équilibre acidobasique du sang est en effet moindre qu'avant l'opération.

De même les systèmes des solutions tampon du sang changent chez les personnes qui souffrent d'ulcères d'estomac ou du duodénum Par un titrage électrométrique j'ai toujours constaté une diminution de leur efficacité. Si nous marquons l'efficacité physiologique des solutions tampon du sang CM (capacitas moderatorum) entre pH 7,3—6,0 par le chiffre de titrage évaluant 9,5, alors sa valeur chez des ulcères est fixée par les chiffres 8,7—7,5. Ce déplacement est encore plus frappant vers l'alcalose et diminue jusqu'à la moitié de la valeur normale.

La tension de l'acide carbonique dans le sang chez de pareils malades change aussi très vite et produit de grandes oscillations, de sorte que les auteurs américains se servent avec succès de ce phénomène dans le diagnostic des maladies de l'estomac et du duodénum.

Les ulcères gastriques et duodénaux ne se présentent pas seulement comme des affections locales, mais comme des maladies de tout un organisme. Par une résection radicale nous enlevons tout au moins une des causes principales de la maladie, c'est-à-dire la muqueuse gastrique malade. C'est pour cela que la résection a sa raison d'être au point de vue du traitement. La preuve capitale de la grande importance de cette première cause de la maladie est le fait que le plus souvent on obtient une guérison complète clinique par la résection de l'estomac.

***

Les résections gastro-duodénales et particulièrement les résections en deux temps dans les ulcères gastro-duodénaux

par J. OKINCZYC

Professeur agrégé à la Faculté de Paris, Chirurgien des Hôpitaux.

Dans mon rapport au 37me Congrès de Chirurgie, sur les résultats éloignés du traitement chirurgical de l'Ulcère du Duodénum, j'ai déjà eu l'occasion d'établir un parallèle entre les opérations de dérivation et les résections ; mes conclusions

aboutissaient à montrer, dans les résultats éloignés, la supériorité évidente des résections.

Les gastro-jéjunostomies simples et les gastro-jéjunostomies avec exclusion, opérations de dérivation, donnent ensemble, d'après les chiffres que j'ai recueillis dans le service de mon maître H. HARTMANN, environ 63 % de guérisons à longue échéance, et 35 % d'échecs dans les mêmes délais.

Les résections au contraire, ont donné tout près de 80 % de guérisons, et environ 21 % d'échecs.

Ces résultats ne sont pas même, dans ce parallèle, parmi les meilleurs, et d'autres statistiques, plus récentes d'ailleurs, donnent des proportions de guérisons supérieures encore. Il est juste de faire remarquer que nos chiffres ne portaient que sur les ulcères du Duodénum, plus difficiles à traiter et à guérir que les ulcères gastriques et gastro-pyloriques.

Il semblerait donc que la cause fût entendue et que la question fût résolue en faveur de la résection. Et cependant, la proportion des opérations de dérivation reste toujours la plus grande, et des résistances se marquent, même parmi ceux qui sont convaincus de la supériorité des résections ; si ce ne sont pas des résistances, ce sont au moins des hésitations, et celles-ci, à l'examen, se montrent parfaitement légitimes.

En effet, s'il ne semble pas y avoir de doute sur la qualité des résultats éloignés des résections, encore faut-il que les suites immédiates de l'opération ne viennent pas mettre une ombre sur ce tableau ; or il reste patent que trop souvent encore, la mortalité opératoire demeure plus élevée dans les résections.

C'est la difficulté et la gravité incontestablement plus grandes des résections qui restent la pierre d'achoppement du plus grand nombre, même de ceux qui ont constaté comme nous, la qualité des guérisons que donne habituellement la résection dans le traitement de l'ulcère.

C'est cette crainte d'une mortalité opératoire plus élevée, qui très légitimement, arrête le plus grand nombre, c'est elle qui explique les fluctuations de la pratique, les tentatives loyales de résections en série, et le retour résigné aux opérations de dérivation, plus simples et moins graves, mais assurément moins constamment efficaces.

Nous pensons cependant qu'il y a mieux à faire que de se résigner, et que nous devons tendre, par tous les moyens, à rendre la résection moins meurtrière, moins grave, puisqu'elle est plus efficace.

Telle est la vraie position du problème, et certains travaux et publications semblent le prouver, la solution dans ce sens n'est pas impossible.

La première condition du succès est de bien poser les indications, c'est-à-dire de ne tenter la résection que dans des conditions légitimes, eu égard aux conditions anatomiques qui en rendent l'exécution nécessaire sinon aisée, et aux conditions de l'état général et de la résistance du patient.

Il ne s'agit donc pas de résection systématique ; mais si nous avons à faire à un malade résistant, qui présente un ulcère calleux, nous ne devons pas hésiter à faire une résection. Faire, dans ce cas, une simple gastro-jéjunostomie, c'est adopter une solution imparfaite et... paresseuse. Par contre, au cours d'une perforation, en pleine péritonite, la résection, sauf dans des cas exceptionnels, et fût-elle des plus aisées, ne saurait être conseillée : les succès publiés ne peuvent infirmer les règles générales qui doivent nous guider.

Ces difficultés locales et générales peuvent être tournées et amendées par deux ordres de mesures qui réclament le sacrifice de la chirurgie brillante au profit de la chirurgie prudente.

Nous sommes en présence d'un sujet affaibli, de résistance précaire, ou encore d'un gros ulcère calleux, infecté, adhérent, térébrant, peu mobile. Dans ces cas, nous pensons que la sagesse commande des actes chirurgicaux sériés, des opérations en plusieurs temps : opération de dérivation d'abord, et résection secondaire.

Ou bien encore, nous trouvons un ulcère du duodénum, éloigné du pylore, qui peut nécessiter une libération laborieuse et dangereuse de la première portion du duodénum et nous hésitons à tenter une résection. Mais nous savons l'efficacité de la résection indirecte, c'est-à-dire d'une gastro-pylorectomie en amont de l'ulcère laissé en place, qui supprime le temps dangereux de la résection du duodénum ; c'est la méthode de MADLENER, qui peut, dans ces cas difficiles, assurer la guérison avec un minimum de gravité.

Si maintenant, quittant les cas particuliers, nous envisageons les causes générales d'échec opératoire, c'est-à-dire le shock, l'infection, les accidents pulmonaires, l'insuffisance des sutures, il nous semble que tous ces éléments d'insuccès sont susceptibles de correction et d'amélioration.

L'insuffisance des sutures est justiciable d'un soin plus minutieux dans l'exécution technique ; il faut bien se convaincre que si une gastro-jejunostomie est compatible à la

rigueur, avec une suture... rapide (je n'ose dire « imparfaite », la résection ne doit être tentée qu'avec le souci constant de la perfection des sutures. Je m'en voudrais d'insister.

Le shock opératoire est la résultante de divers facteurs, parmi lesquels il faut faire entrer : la durée de l'opération, le traumatisme opératoire, et la longueur de l'anesthésie.

C'est donc le cas où jamais, d'utiliser l'anesthésie locale et régionale qui donne à ce point de vue, des avantages incontestables et que nous n'avons pas le droit de négliger en faisant valoir des habitudes qu'il est de notre devoir de modifier.

Nous diminuerons la durée des actes opératoires en sériant les temps ; opération de dérivation dans un premier temps, résection dans un second temps. La durée peut être réduite encore, même dans l'opération en un temps, par le choix du procédé : celui de REICHEL-POLYA est plus rapide que le BILLROTH II.

Pour l'opération en deux temps, il est évident que le procédé de BILLROTH II reste le procédé de choix, encore que ses résultats éloignés soient peut-être moins bons que ceux obtenus par le REICHEL-POLYA, dans l'opération en un temps. Mais ici le mieux est l'ennemi du bien, et mieux vaut une guérison éloignée avec quelques troubles, d'ailleurs inconstants, que le risque d'une mort post-opératoire.

Nous avons encore dans la vaccination pré-opératoire, dans les soins de désinfection gastrique avant l'opération, dans l'observation rigoureuse de la courbe de température avant l'opération, des moyens efficaces de réduire les dangers de l'infection opératoire.

Les accidents pulmonaires sont plus difficiles à éviter. Mais ils ne sont pas l'apanage des résections ; ils sont tributaires en partie, des incisions sus-ombilicales qui réduisent, du fait de la douleur, la ventilation pulmonaire.

La question du drainage est également à discuter : car un drainage opportun peut bien souvent arrêter ou diriger des infections locales, qui sans lui, eussent été dangereuses.

Nous pensons que la combinaison réfléchie de tous ces moyens d'action prudente, peut contribuer à l'abaissement de la mortalité immédiate des résections.

Et dès lors, si les résultats éloignés sont meilleurs, si les guérisons sont plus parfaites et plus durables, si l'hyperacidité disparaît, si l'ulcère peptique devient exceptionnel, que peut-on valablement objecter à la résection?

Pour conclure, nous voudrions insister surtout et encore d'une façon toute particulière sur les avantages de la *résection en deux temps*, à laquelle il nous semble que les publications, même les plus récentes, n'accordent pas la place qu'elle mérite.

Pour ma part, je n'ai pas souvenir d'avoir perdu un seul opéré en sériant ainsi les actes opératoires, et cependant je puis garantir que ces malades n'avaient pas été choisis parmi les plus résistants. Parmi ces cas, il en est un certain nombre qui comptent parmi les échecs de la gastro-jéjunostomie. Peu ou pas améliorés par la gastro-jéjunostomie, ces malades n'ont été définitivement guéris que par la résection complémentaire. C'est dans des observations de ce genre, qu'apparaît avec évidence la supériorité de la résection.

Je ne vois qu'une objection sérieuse à cette façon de procéder en deux temps : c'est la répugnance du malade à se soumettre à une seconde intervention. Mais à la vérité cette objection tombe d'elle même, car le refus du malade est en fonction du succès de la première intervention, et du soulagement qu'il éprouve après la simple opération de dérivation. Mais si cette guérison est durable et se consolide avec le temps, pourquoi serions-nous plus royalistes que le roi, et pourquoi imposerions-nous à ce malade la résection complémentaire?

Il se peut que dans certains cas, la gastro-jéjunostomie soit suffisante pour donner la guérison, et nous le savons pertinemment par les 24 % de guérisons *complètes* que nous avons nous-mêmes observées après les gastro-jéjunostomies simples. Dans ces cas, nous nous trouverons parfaitement d'accord avec le malade pour renoncer au second temps de l'intervention, c'est-à-dire à la résection.

Mais si chez un malade dûment averti de la nécessité d'un second temps opératoire, les douleurs persistent après le premier temps, ou si elles récidivent après un temps plus ou moins long de guérison apparente, nous verrons le malade revenir, plus docile à se soumettre spontanément au second temps que nous lui avions fait entrevoir, comme le complément utile de la première intervention. Ainsi la résection se fera en plein accord avec le malade et dans les meilleures conditions de logique et de prudence.

Telles sont, croyons-nous, et tant que nous resterons dans l'ignorance des causes véritables de la maladie ulcéreuse, les règles qui peuvent nous guider pour améliorer nos résultats immédiats et éloignés, dans le traitement des ulcères gastri-

ques et duodénaux. Je ne vois vraiment pas ce que l'on peut reprocher à cette méthode de la résection en deux temps, appliquée suivant ces principes. Sa bénignité est certaine, son efficacité habituelle, et nous gardons la ressource de nous limiter au premier temps, dans le cas où la gastro-jéjunostomie suffirait à assurer la guérison.

***

Risultati della resezione dello stomaco per ulcera gastrica e duodenale

CHIAROLANZA (Napoli)

La discussione che si rinnova di tanto in tanto su questo argomento dimostra che, pure attraverso un continuo progresso, non si è ancora giunti a conclusioni definitive.

L'esame dei risultati prossimi e lontani della resezione gastrica nelle ulceri gastriche e duodenali mira in fondo a stabilire il valore di questo metodo di terapia chirurgica in confronto della gastroen-terostomia.

Ma come nel periodo nel quale la g.e. fu l'operazione prevalentemente applicata, si ebbe la tendenza ad attribuire gl'insuccessi immediati e tardivi alle imperfezioni della tecnica e quindi si elaborarono nuovi metodi o si modificarono piu o meno felicemente vecchie tecniche, cosí piu recentemente — allorchè sotto l impulso delle migliori conoscenze della fisiopatologia gastrica ed intestinale venne diffondendosi la resezione come operazione di scelta — si ebbe a constatare che vi erano molte ombre in quella che pareva la soluzione definitiva del problema della terapia dell'ulcera gastrica e duodenale, e si cercò ancora una volta nei perfezionamenti della tecnica operativa di superare gli ostacoli e le difficolta indicate dall'esperienza. Di qui i varii tipi di resezione e, sopratutto, di ricostruzione della continuità gastro-intestinale.

Indubbiamente da questa affannosa ricerca dei procedimenti operativi migliori un enorme progresso è scaturito, in rapporto non soltanto alla precisione dei metodi operativi oggi raggiunta, ma anche alla maggiore padronanza che i singoli operatori hanno acquistato, cosi da spostare sensibilmente le cifre delle rispettive mortalità operatorie.

Ma non è venuta fuori la soluzione definitiva della quistione, che non puo pertanto derimersi a base di statistiche. Le statistiche assommano casi solo apparentemente uguali. Chi ha un poco di dimestichezza con la chirurgia gastro intestinale sa che non vi sono due casi perfettamente simili o soprapponibili. Variano la sede, la grandezza, la profondita il numero, l'età dell'ulcera ; variano le condizioni anatomo-patologiche del processo morboso ; varia la personalità morbosa dell'infermo. Anche nelle mani dello stesso chirurgo e con l'identico metodo operativo due resezioni non si somigliano in tutto o in parte. E nel periodo postoperativo è ben difficile che gli ammalati seguano l'identico regime. A maggior ragione ciò deve osservarsi, se si confrontano i risultati di chirurgi diversi.

Secondo il mio avviso, oggi bisogna rifarsi un po'da capo e ritornare alla sana clinica, che ricerca nello studio del singolo infermo le indicazioni curative piu rispondenti. Se i fatti clinici devono servire di base alla scelta dei metodi operativi piu adatti, bisogna rifuggire dagli estremismi. E fuori dubbio che la g.e. è operazione piu semplice e spedita ; guarisce parecchie ulceri g.e.d. ; ma ha la sua mortalita relativamente notevole ; lascia non solo l'ulcera, ma l'organo con le sue stimmate patologiche ; non impedisce le recidive nè la cancerizzazione dell'ulcera ; espone talvolta ad incidenti abbastanza gravi, come per esempio il rinnovarsi o l'insorgere d'una emorragia, con necessità di nuovo intervento, — come mi è capitato una volta di dover fare con successo, mentre una seconda volta sono, bastate le cure mediche — è seguita, talvolta dall'ulcera peptica e cosi via. La resezione è certo operazione piu grave : il perfezionamento tecnico e l'abilità degli operatori non annullano questo riconoscimento. Però allontana non solo l'ulcera, con le conseguenze utili che ne susseguono, ma modifica anche piu o meno profondamente il funzionamento gastrointestinale, — pur non costituendo un trattamento causale e definitivo della malattia, tanto che si sono osservate recidive di ulceri dopo la gastrectomia.

Per quanto scarsa sia la mia esperienza, dopo una serie felice di gastrectomie, specie in vista dei buoni risultati conseguiti da altri chirurgi con la g.e., ero ritornato a questa operazione ; però alcuni incidenti, di cui ho gia fatto cenno e l'esame di alcuni ammalati non liberati del tutto delle loro sofferenze dalla g.e., mi hanno convinto che in linea di massima è preferibile la gastrectomia, nelle sue varie forme ed adattamenti, pur coi maggiori pericoli che presenta, come l'operazione che meglio garentisca, nello stato attuale delle

nostre conoscenze, la guarigione definitiva. Questo però non toglie, che vi sono gastrectomie tecnicamente non eseguibili o clinicamente non consigliabili.

Gastroenterostomia e gastrectomia non sono due termini opposti, ma due metodi curativi con indicazioni abbastanza precis e nei limiti estremi. Il difficile è la scelta dell'una o dell'altra nei casi che definirei intermedii, in quelli cioè in cui l'un chirurgo finisce per adoperare un procedimento di derivazione e l'altro uno demolitore.

Nelle scelta molto influisce anche la mentalità chirurgica dell'operatore. Però è l' estatta valutazione clinica di tutti gli elementi della malattia la via necessaria nella determinazione dell'intervento più adeguato.

*
* *

Résultats de 250 résections d'estomac pour ulcères gastriques et duodénaux

PAR

Le Dr. JACQUES JACOBOVICI

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Cluj (Roumanie).

I

De 1920 à avril 1929, ont été opérés à la clinique chirurgicale de Cluj, 930 cas d'affections gastro-duodénales.

Dans ce nombre, 250 résections gastriques furent effectuées pour ulcères gastriques et duodénaux.

Parmi ces 250 résections, 225 furent pratiquées pour ulcères non perforés, et 25 pour ulcères perforés. Nous allons analyser tout d'abord les résections pour ulcères non perforés.

SIÈGE DE L'ULCÈRE

Parmi ces 225 ulcères non perforés, 90 siègeaient sur l'estomac et 135 sur le duodénum.

Les 90 ulcères gastriques se répartissent ainsi au point de vue de leur localisation sur l'estomac :

Cardia	2
Petite courbure	30
Pylore	49
Multiples	9

Quant aux ulcères duodénaux, tous ont siégé sur la 1re portion, à part 2 cas où l'ulcère se trouvait sur la portion sus-Vatérienne du duodénum. Dans 15 cas enfin, il y avait à la fois, ulcère gastrique et duodénal.

Ages des malades

Les 225 malades se répartissent ainsi :

de 0 à 10 ans	.....	néant	
de 11 à 20 »	.....	11 cas	4,9%
de 21 à 30 »	.....	53 »	23,5%
de 31 à 40 »	.....	69 »	30,6%
de 41 à 50 »	.....	58 »	25,7%
de 51 à 60 »	.....	30 »	13,3%
de 61 et plus	.....	4 »	1,7%
Total	.....	225	

Cette statistique montre que jusqu'à dix ans, nous n'avons pas observé de cas d'ulcères. Passé cet âge, le nombre des ulcères s'accroît, et atteint son maximum de 31 à 40 ans, pour diminuer ensuite après 50 ans. De notre statistique, il ressort qu'approximativement, 80 % des ulcères se rencontrent de 20 à 50 ans.

Sexe

Dans nos 225 cas, nous comptons 39 femmes et 186 hommes. Le pourcentage de malades femmes est de 17,3%.

II

Technique employée

Au début, notre technique a varié. Nous avons commencé par faire le Mikulicz-Krönlein, le Péan, le Billroth II. Dans 3 cas, nous avons fait une résection cunéiforme. Dans 2 cas, d'ulcère du cardia, nous avons fait une résection atypique. Dans tous les autres cas, une résection large. Lorsqu'il y eut impossibilité de réséquer le duodénum et l'antre pylorique, nous avons pratiqué une résection, suivant le procédé de Finsterer. Dans tous ces cas nous avons employé l'anastomose

selon Reichel. En somme, les procédés employés se répartissent ainsi :

Résections cunéiformes	4 cas
Résections atypiques	2 cas
Résections avec Billroth II	12 cas
Résections Péan	14 cas
Résections Mikulizc Krönlein	5 cas
Résections Finsterer	37 cas
Résections avec anastomose Reichel ...	151 cas
Total	225 cas

La technique généralement suivie par nous a été la suivante:

Nous nous plaçons à la gauche du malade, afin de bien voir la région pyloro-duodénale, où siègent de préférence les ulcères.

Nous explorons la face antérieure de l'estomac, puis la face postérieure, après ouverture de l'épiploongastro-colique. Nous explorons ensuite la tête du pancréas, et voyons les rapports de cet organe avec l'ulcère. ce que nous croyons être capital. La possibilité d'une résection étant sous la dépendance des adhérences entre l'ulcère et le pancréas d'une part, et des altérations de ce dernier, de l'autre. Si les adhérences sont trop accentuées et si le pancréas est scléreux, nous faisons alors ou une résection type Finsterer, ou une simple gastro-entérostomie.

Nous sommes persuadés que les indications et les résultats d'une résection sont en fonction de l'état du pancréas. Si au contraire, les adhérences sont facilement clivables et si le duodénum peut être dégagé, nous pratiquons alors une résection large.

Ligature du pédicule vasculaire

C'est ce que nous faisons en premier lieu. Nous avons l'habitude de faire une double ligature et de la solidariser avec les parois de l'organe, afin d'éviter qu'elle ne s'échappe.

Isolement du duodénum

Nous le dégageons des tissus avoisinants jusqu'au niveau de l'angle supérieur et même au-delà. Nous avons soin de vérifier le cholédoque, que nous n'avons jamais lésé, et nous

plaçons alors une compresse, à la partie postérieure du duodénum et de l'estomac.

Section du duodénum

Nous la pratiquons après mise en place d'un clamp ou d'une pince à coprostase, et sectionnons à au moins 2 centimètres du bord supérieur de cette pince ; une seconde pince est placée du côté gastrique. La section effectuée, l'estomac est enveloppé dans une compresse, et basculé à gauche et en dehors.

Fermeture du bout duodénal

C'est la partie la plus difficile de cette opération. Quand la paroi duodénale est suffisante et de structure normale, tous les procédés donnent de bons résultats. Au contraire, quand la longueur du duodénum est insuffisante, et sa paroi indurée, le résultat est souvent mauvais, parce que la suture ne tient pas. Après avoir essayé différents procédés, je me suis arrêté à la technique suivante, que je n'ai trouvée décrite nulle part.

Procédé personnel pour la fermeture du bout duodénal

Il faut chercher à réséquer le plus possible de muqueuse duodénale. On ferme le duodénum par un surjet au catgut, d'après la technique de Moynihan, ou par tout autre procédé. Lorsque la suture est terminée, on passe les deux bouts du fil de suture, l'initial et le terminal, dans le chas d'une même aiguille. L'aiguille ainsi préparée est passée au milieu de la suture dans la lumière duodénale, et ressort. de dedans en dehors sur la face antérieure du duodénum, à deux centimètres de la suture. L'aiguille sortie, si on tire sur les fils, on voit s'enfouir les deux cornes de la suture et ensuite le reste de celle-ci.

Une fois cet enfouissement obtenu, nous pratiquons au bord de ce dernier, une nouvelle suture en bourse. Si la suture ne semble pas parfaite, nous la complétons en la recouvrant avec un fragment d'épiploon.

La technique que nous préconisons, a l'avantage de permettre l'enfouissement des deux extrémités de la suture, ce qui est plus difficile à réaliser avec les autres méthodes.

Ce procédé n'est pas infaillible ; il peut arriver que la suture lâche, mais beaucoup plus rarement qu'avec les autres techniques. Nous verrons plus loin, en étudiant les complica-

tions post-opératoires, quelle nous semble être la cause de la déhiscence des sutures.

III

Anesthésie

Dans ces 225 cas, l'anesthésie employée fut la suivante :

Anesthésie générale à l'éther	21 cas
» splanchnique	14 cas
» locale	54 cas
Rachianesthésie	136 cas
Total	225 cas

D'après cela on voit que nous préférons la rachi anesthésie autant qu'elle est possible. Par contre, nous ne l'employons pas chez les syphilitiques, chez les individus trop débiles et pour lesquels l'indication de la locale se pose. L'anesthésie locale complétée parfois par celle des splanchniques, d'après la technique décrite par Finsterer. Quant à l'anesthésie générale, nous l'employons seulement pour des malades pusillanimes et dans les cas où l'opération ne peut se faire avec une autre anesthésie.

Nous allons voir en étudiant la mortalité opératoire, quel rôle peut, à ce point de vue, être attribué à l'anesthésie.

IV

Résultats

La mortalité opératoire est la première question à envisager. Sur les 225 cas de résections gastro duodénales, nous avons eu 28 morts, c'est-à-dire une mortalité de 12%.

Analysons les causes de cette mortalité.

En premier lieu, il faut distinguer l'ulcère gastrique et l'ulcère duodénal.

Sur 94 résections faites pour ulcère gastrique, nous avons eu 7 morts, soit une mortalité de 7,4%. Sur 191 résections pour ulcère duodénal, 21 morts, soit 16%. La résection pour l'ulcère du duodénum, semble donc, d'après ces chiffres, plus grave que la résection pour ulcère gastrique.

Les 7 cas de mort après résection pour ulcères gastriques, concernent des malades tous âgés de plus de 40 ans ; il

s'agissait, dans deux cas, d'ulcère du cardia ; dans un cas, d'ulcère double, duodénum et petite courbure, dans les 4 autres cas, d'ulcère du pylore et de la petite courbure. Tous ces ulcères étaient pénétrants, en majorité dans le pancréas.

Parmi les 21 morts après résection pour ulcères du duodénum, on a trouvé des lésions pancréatiques dans 17 d'entre ces cas.

Les lésions pancréatiques ont consisté en adhérences massives, et dans la majorité des cas, l'ulcère était pénétrant dans le pancréas, dont le parenchyme formait le fond de l'ulcération. On connaît en pareil cas, les difficultés opératoires, et les complications qui surviennent.

Les causes de la mort ont été : dans 7 cas, une fistule duodénale ; dans 2 cas, la déhiscence de la suture après anastomose à la Péan ; dans 4 cas, des hémorragies, dont une se produisit après anesthésie splanchnique : dans 5 cas, à des complications pulmonaires ; dans un cas, enfin, la mort fut due à un volvulus gastrique post-opératoire ; dans les deux autres cas, la mort survint tardivement, et pour une cause indépendante de l'acte opératoire.

Remarquons, qu'aussi bien pour le duodénum que pour l'estomac, les lésions pancréatiques sont les plus importantes, et sont les causes principales des complications, quand il en survient. La production des fistules duodénales, et la déhiscence des sutures, dans le plus grand nombre des cas, sont dues au suintement du suc pancréatique.

La conclusion qui se dégage de ce qui précède est : qu'il faut éviter la résection dans ces cas, et se contenter d'une opération palliative ou d'une résection partielle ou encore d'une résection type Finsterer pour les ulcères duodénaux inextirpables.

Une deuxième remarque concerne le traitement des fistules duodénales post-opératoires, c'est-à-dire, le traitement par l'insuline qui a été employé avec succès à ma clinique, et sur lequel notre assistant, le Dr. Lupan, a publié un travail dans le Centralblat für Chirurgie 1929 N° 23. Nous verrons plus loin l'influence des lésions pancréatiques sur la fonction digestive de ces malades.

L'Anesthésie ne nous a pas paru avoir une influence sur la mortalité, de même que sur les complications pulmonaires. Dans 4 cas de mort par pneumonie, 3 furent opérés sous anesthésie rachidienne, un seul avec anesthésie à l'éther.

En comparant les modes d'anesthésie, dans les cas suivis de mort, nous obtenons les chiffres suivants :

Anesthésie générale	21 cas	— 3 morts.	14%
Anesthésie rachidienne ...	136 cas	— 11 morts.	8%
Anesthésie splanchnique .	14 cas	— 2 morts.	14%
Anesthésie locale	54 cas	— 12 morts.	22%

Il semble paradoxal que l'anesthésie locale donne le plus de mortalité. L'explication en est très simple. L'anesthésie locale se faisant de préférence dans les cas très avancés, et sur des malades émaciés. Nous préférons l'anesthésie rachidienne, qui nous a donné les résultats les meilleurs.

L'Age intervient dans la mortalité, comme pour toutes les opérations :

de 10 à 20 ans	— 11 cas	— 1 mort	— 9,9%
de 21 à 30 ans	— 53 cas	— 5 morts	— 9,4%
de 31 à 40 ans	— 79 cas	— 9 morts	— 13,4%
de 41 à 50 ans	— 58 cas	— 7 morts	— 12,03%
de 51 à 60 ans	— 30 cas	— 6 morts	— 20%

Par un hasard curieux, nous avons pratiqué 4 résections après 60 ans, sans un cas de mort.

Le procédé opératoire influe sur la mortalité

Voici le tableau comparé des procédés opératoires et de la mortalité consécutive :

Procédé Mikulicz-Krönlein	5 opérés	— 0 mort.	
Résection cunéiforme	3 opérés	— 2 morts	
Résection cardia	2 opérés	— 2 —	
Résection large Reichel	145 opérés	— 20	— 13%
Résection Péan	14 opérés	— 2	— 14%
Résection large Billroth 2	11 opérés	1 mort.	9%
Résection large type Finsterer ...	44 opérés	3 —	6,7%

Si nous laissons de côté les résections limitées et les opérations faites suivant le procédé de Mikulicz-Krönlein, peu nombreuses d'ailleurs, nous pouvons constater que la résection type Finsterer donne peu de mortalité. Mais nous avons ob-

servé un cas de mort, consécutif à la perforation d'un ulcère resté en place, et un autre cas de Finsterer où, après un an, survînt un ulcère peptique.

L'opération de Finsterer est une intervention de nécessité, qui n'est pas exempte de dangers, soit immédiats, comme la perforation, soit lointains sous forme d'ulcère peptique.

L'expérience du chirugien joue également un grand rôle ; plus il est entrainé, et plus la mortalité diminue. Dans notre clinique, pour 131 résections opérées par nous-mêmes, nous avons eu 12 morts, soit 9%, alors que pour 94 résections faites par nos assistants nous comptons 16 morts, soit 17%.

Les fonctions gastriques immédiatement après l'opération se font en général dans de bonnes conditions. Nos recherches radiologiques concordent avec celles faites par les autres auteurs, en ce qui concerne la continence de l'estomac réséqué, et la fonction en rapport avec le procédé employé.

Les meilleurs résultats furent obtenus, avec les procédés qui redonnent à l'estomac sa forme anatomique primitive, et parmi eux, le meilleur, est le procédé de Péan.

Le bilan nutritif après résection nous a beaucoup préoccupés. Mr. Danicico, notre assistant, a effectué des recherches dans ce sens.

L'étude du bilan nutritif dans 19 cas, nous a permis de formuler les conclusions suivantes :

1° Le bilan nutritif a montré dans 19 cas un déficit dans l'utilisation des graisses, et un léger déficit dans l'utilisation des substances azotées.

2° Pour l'utilisation des graisses, la preuve du déficit est l'abaissement du coefficient d'absorption de la graisse totale. Pour ces 19 cas, le taux minimum du coefficient fut de 74 %, le taux moyen de 88 %.

3° Le déficit porte aussi bien sur les graisses neutres que sur les acides gras.

4° On constate également un déficit différent d'après le procédé opératoire utilisé. Le déficit est plus grand après Reichel et Finsterer qu'après Péan.

5° Avec les procédés de Reichel et de Finsterer, le déficit est surtout prononcé dans les cas où le pancréas est intéressé, c'est-à-dire, dans les cas d'ulcère pénétrant.

6° La fonction gastrique est d'autant meilleure que l'estomac possède une continence plus voisine de l'état normal.

7° La déficience gastrique peut être compensée par une bonne fonction intestinale, c'est-à-dire, par un transit et une deshydradation voisine de la normale. Par contre un transit trop rapide produit un effet contraire.

8° L'insuffisance de la fonction gastro-intestinale se traduit par des signes subjectifs et physiques.

9° La digestion des protéines du lait a été normale dans tous les cas, sauf 4 où elle était insuffisante.

10° Dans l'insuffisance de digestion des graisses et des substances azotées, le pancréas a un rôle assez important.

De cette étude, il résulte que nous devons chercher à réaliser l'anastomose Péan, autant qu'il est possible de le faire, parce que, au point de vue physiologique, c'est l'anastomose idéale.

V

La résection dans les ulcères gastriques et duodénaux perforés

De 1920 à mai 1929, 59 cas d'ulcères gastriques et duodénaux perforés ont été opérés à la clinique chirurgicale de Cluj. Parmi eux, la résection a été pratiquée 25 fois. La technique employée fut celle que nous avons décrite plus haut.

Dans ces 25 cas, nous trouvons : 8 ulcères gastriques, 16 duodénaux et un ulcère peptique au niveau d'une bouche d'anastomose.

Dans les 34 autres cas, on fit : la suture simple, la cautérisation suivie de suture, suture et gastro entérostomie, etc. Sur ces 34 cas, 9 ont guéri, ce qui donne un pourcentage de 26,4 %.

Dans les 25 cas traités par la résection gastro-duodénale, 14 ont été guéris, d'où pourcentage de 56 %.

En comparant ces chiffres, il semble qu'il faille pour tous les cas préférer la résection qui paraît donner des résultats meilleurs que ceux obtenus par les autres opérations. Mais il faut remarquer que la résection a été faite sur des malades ayant un bon état général, et capables de supporter une intervention de cette durée et de cette gravité.

Il est bien connu que les résultats tiennent moins au genre d'opération pratiquée, qu'au temps écoulé du moment de la perforation à l'opération et à la septicité du contenu gastrique, ainsi qu'à la variété et au siège de l'ulcère.

Le Professeur Duval a montré qu'il est très avantageux de travailler en tissus sains, car les sutures sont plus sûres et l'hémorragie supprimée. On obtient ainsi, en même temps que la guérison des complications, celle de la maladie primitive.

Les malades traités par résection et revus dans la suite, n'ont présenté aucun trouble ultérieur.

En résumé, chaque fois que l'état général et local permet de pratiquer une gastro duodénectomie suivie de Reichel, nous le faisons, car les résultats immédiats et surtout les résultats lointains sont meilleurs.

VI

Conclusions

1° La résection large de l'estomac et de la portion malade du duodénum, est l'opération la plus indiquée dans le traitement des ulcères de l'estomac et du duodénum.

2° L'anastomose type Péan, reconstitue la forme anatomique normale et assure les meilleures fonctions physiologiques; quand l'exécution de cette technique est impossible, on doit lui préférer l'anastomose selon Reichel.

3° Les lésions du pancréas sont la cause de nombreuses complications locales, et augmentent la mortalité ; quand le pancréas est altéré et fusionné avec l'ulcère, il faut préférer le Finsterer ou une opération palliative.

4° Le bilan nutritif s'approche de la normale après l'opération de Péan, et se montre en déficit dans les autres procédés, et dans les cas où il existe des lésions pancréatiques.

5° Dans l'ulcère perforé la résection est indiquée, tant que l'état général et local permettent de l'effectuer.

***

El drenaje Mikulicz en la gastrectomia

Estudio clinico y bacteriológico

POR

MANUEL CORACHAN y MANUEL ARMANGUE
Cirujano Bacteriólogo

En el Congreso francés de Cirugía del año 1927, CADENAT y PATEL (1) reducian las indicaciones del drenaje en cirugía abdominal a la infección y a la hemorragia.

La importancia del drenaje en aquellas lesiones en que la infección juega o puede jugar un papel predominante, así como en los casos de hemorragia en sábana, a nivel de una superficie desperitoneizada, es admitido por todos los cirujanos. En cambio el concepto de indicación del drenaje no se ha concretado para aquellas hemorragias que en pequeña cantidad se producen al nivel de las suturas y que pueden formar en el peritoneo un excelente medio de cultivo.

Como en general en cirugía gástrica, la hemostasia es satisfactoria y a la vez el contenido gástrico poco séptico si se compara con el contenido intestinal, se comprende que el drenaje haya sido descartado unánimemente, después de operaciones simples como la gastroenterostomía y la gastrocistostomía y empleado excepcionalmente en las resecciones gástricas.

FINSTERER (2) en una excelente memoria, recomienda cerrar sistemáticamente el abdomen sin drenaje, después de las resecciones gástricas, excepto en los tres casos siguientes : a) si se sospecha una asepsia insuficiente ; b) en los que se teme la presentación de una fístula duodenal ; y c) cuando se abandona el fondo del ulcus o se lesíona el páncreas durante el despegamiento del duodeno.

---

(1) CADENAT y PATEL: Le drainage en chirurgie abdominale. (*Congrés français de Chirurgie*, París 1927, pág. 292).

(2) FINSTERER: « Zur Frage des Drainage der Bauchhöle nach Magenresektionen », *Wiener Medizinische Wochenschrift.*, vol. LXXVI, núm. 20, 15 de Mayo de 1926, pág. 599.

DELORE, COMTE y JOUVÉ (1) se muestran también partidarios de reducir al mínimum los casos de drenaje en las gastrectomías. Lo consideran útil solamente después de gastrectomías difíciles por úlceras muy adherentes o penetrantes en los órganos vecinos, cuyo fondo muchas veces es necesario abandonar. Lo creen indicado también en los casos en que existe intensa inflamación periulcerosa.

Ultimamente HORTOLOMEI (2) ha adoptado el drenaje sistemático en las gastrectomías extensas (en las que reseca el duodeno hasta la segunda porción) al objeto de evitar las peritonitis por desunión de la sutura del muñón duodenal. Como dice acertadamente CUNEO en la discusión de este trabajo, la resección tan extensa del duodeno, por sus dificultades de disección y por las ligaduras de arterias que necesita, es el tipo de resección más apropósito para producir fistula. HORTOLOMEI presenta 64 gastrectomías por ulcus con seis fistulas duodenales, que todas curaron gracias al drenaje.

Nosotros, después de nuestras primeras gastrectomías, dejábamos de un modo análogo a HORTOLOMEI un drenaje con tubo, en muchos gastrectomizados, debido a que perdíamos algunos casos por fallo de sutura duodenal ; luego, como con el perfeccionamiento de nuestra técnica quirúrgica, casi desaparecieron de nuestra estadística las desuniones del muñón duodenal, abandonamos poco a poco este drenaje, haciendo en la actualidad más de cinco años que no drenábamos a ningún gastrectomizado.

Vemos, pues, que el drenaje goza de poco favor en la gastrectomía. Los cirujanos emplean para drenar el tubo de goma ; sólo vemos a METIVET recomendar el drenaje a la vez con tubo y tiras de gasa. En cambio no tenemos conocimiento de que nadie haya usado el drenaje MIKULICZ, que desaconseja HORTOLOMEI, en su trabajo, aunque fué recomendado hace ya dos años por J. L. FAURE (3) con palabras llenas de lógica, en la discussión sostenida a propósito del uso del

---

(1) DELORE, H. COMTE et P. JOUVÉ: Drainage abdominal (*Revue de Chirurgie*, número 6, 1927, pág. 441.

(2) M. HORTOLOMEI: Le drainage systematique après les gastro-pylorectomies larges. (*Bulletins et memoires de la Société Nationale de Chirurgie*, núm. 15, 11 de Mayo de 1929, pág. 619).

(3) M. J. L. FAURE: L'emploi du MIKULICZ dans la chirurgie intestinale (*Bulletins et Memoires de la Société Nationale de Chirurgie*, núm. 3, 5 Febrero 1927, pág. 97).

MIKULICZ en cirugía intestinal, en la *Sociedad Nacional de Cirugía* de París. Ultimamente hemos vuelto a aplicar el drenaje en la gastrectomía, pero sin que nos haya guiado a nosotros, los mismos móviles que a otros cirujanos ; nuestra idea ha sido del todo diferente. Iniciamos nuestras aplicaciones de drenaje, que desde un principio hemos realizado a lo MIKULICZ, al observar la frecuencia y la gravedad de las complicaciones pulmonares post-operatorias en nuestros enfermos gastrectomizados (1), a pesar de usar exclusivamente en ellos la anestesia de esplácnicos. La relación entre la infección del ulcus y los procesos pulmonares post-opératorios, estudiada por LAMBRET y RAZEMON (2), P. DUVAL (3) y P. ESCUDERO (4) entre otros, es admitida hoy por todos ; es probable que también existan idénticas relaciones con las infecciones locales no procedentes de la lesión a operar, así como con el paso de gérmenes a través de la pared del tubo digestivo bajo la influencia de la paresia intestinal (DUCUING) (5).

El beneficio que obtuvieron nuestros primeros enfermos en el curso post-operatorio excedió a nuestras esperanzas, dado que, a más de descender la cifra de las complicaciones post-operatorias, vimos con sorpresa que la presentación de « shock » disminuía en número y en intensidad y que muchos de ellos sentían una sensación de bienestar, en lugar del abatimiento e intranquilidad que sigue en general a la gastrectomía.

Estos resultados hicieron que a partir del mes de Octubre de 1928 aplicáramos sistemáticamente un MIKULICZ subhepático en nuestros gastrectomizados, al objeto de tener una clara idea del beneficio que con él podríamos obtener. Los resultados que vamos a presentar son los obtenidos en la primera

(1) Quizás la idea de drenar los casos en que existe intensa inflamación periulcerosa, que hemos atribuído a DELORE, COMTE y JOUVE, puede tomarse como similar o de iniciación, de esta orientación del drenaje.

(2) LAMBRET y RAZEMON: « Les complications pulmonaires dans les interventions abdominales ». *Le Progrès Médical*, núm. 10, Marzo de 1925.

(3) DUVAL, ROUX, GATELIER, GIRAULT y MOUTIER: Le rôle de l'infection dans l'évolution des ulcères chroniques gastro-duodenaux. (*Arch. des Mal. de l'App. Dig. et de la Nutr.*, número 1, Enero 1926, pág. 1).

(4) P. ESCUDERO: Infartos supurados múltiples de pulmón como complicación post-operatoria en cirugía abdominal (*Trabajos y publicaciones de la Clínica del Profesor Escudero*. Ano 1926, vol. II).

(5) DUCUING: Phlébites, thromboses et embolies post-opératoires. Masson 1920, Paris.

serie de 43 casos, que corresponden a los meses de Octubre de 1928 a Mayo de 1929, ambos inclusive.

Hemos comparado la estadistica de resultados con la de los casos operados en años anteriores y en la misma época, lo que nos permite llegar a la conclusión de que este recurso operatorio es beneficioso, por mejorar la estadística de mortalidad, así como la de complicaciones post-operatorias.

Empleamos el drenaje MIKULICZ con las pequeñas modificaciones que luego expondremos, porque buscamos amplia salida a todas las serosidades producidas en el campo operatorio, porque creemos que es el que mejor limita las infecciones, por ser el mejor tolerado por el abdomen, y finalmente, porque es el que produce una exudación linfática más abundante, muy útil en nuestro caso.

La aplicación del drenaje MIKULICZ nos ha facilitado el hacer un estudio bacteriológico de la región intervenida, que junto con el análisis bacteriológico de la lesión gástrica, así como del campo operatorio antes del cierre de la pared, nos permiten presentar un ligero estudio de la infección en la gastrectomía, que puede servir de base para las indicaciones del drenaje.

Vamos a exponer seguidamente y en diferentes apartados, la técnica seguida, los resultados bacteriológicos y los resultados clínicos, para terminar comentando los argumentos invocados en contra del drenaje.

TÉCNICA DEL DRENAJE Y MÉTODOS SEGUIDOS EN EL ESTUDIO BACTERIOLÓGICO

Drenaje. — El MIKULICZ que hemos aplicado en la región subhepática, entre el muñón gástrico y el duodenal, pero sin contactar con ninguno de los dos, va atravesado por tres tubos de goma cerrados por sus dos extremos (fig. 1). En el extremo del tubo que quedará colocado dentro del abdomen, se introduce una pequeña mecha de gasa, que sale por un orificio lateral situado a unos 2 cm. de la punta de la extremidad interna del tubo (fig. 2), lo que permite que por capilaridad se humedezca la gasa del interíor ; ésta va sujeta tal como indica la figura para que no se movilice al retirar el tubo. El dispositivo permite recoger una pequeña cantidad de serosidad del fondo de la región operatoria, sin ponerse en contacto al ser extraída, con las capas más externas del drenaje, obteniéndose así cultivos puros de los gérmenes del sitío operado. Los tubos se retiran sucesivamente a las 24,

48 y 72 horas ; por frotis y cultivo se practica el examen bacteriológico del trozo de gasa del interior del tubo, que se aisla seccionando éste con tijeras, a dos alturas diferentes.

Para evitar adherencias, el MIKULICZ lo colocamos rodeado de una fina lámina de caucho, con lo que a la vez evitamos toda mortificación de las serosas digestivas, mortificación que es constante, a juzgar por los estudios experimentales de BÉCHET (1), siempre que se aplica una gasa, durante unos días, en contacto con ellas. Se moviliza el drenaje a los siete u ocho días y se retira a los dos o tres días de movilizado.

Examen bacteriológico. — La investigación de la flora microbiana en el ulcus o cáncer, ha sido efectuada buscando los gérmenes : a) en el « cavum » de la lesión, previa eliminación de los productos en él depositados ; b) en el borde de la úlcera ; c) en la submucosa periulcerosa, generalmente flogoseada con intensidad.

La toma de material a examinar ha sido efectuada cauterizando solamente la superficie con una lámina de metal en incandescencia y practicando a través de esta zona, una incisión con escalpelo recién esterilizado y tomando por raspado, con la punta del mismo, unos cuantos centígramos de pulpa. La siembra ha sido efectuada sobre medios distintos, unas veces sólidos, otras líquidos, pero siempre escogidos con especial atención, para el aislamiento de los delicados gérmenes que más frecuentemente infectan las úlceras, por ejemplo : estreptococos, enterocos, neumococos, etc., medios que permiten el crecimiento de la generalidad de las bacterias. Entre los medios sólidos, hemos empleado el agar-sangre, agar-glucosado y agar-albuminoso de LEGROUX, debidamente ajustados de reacción (pH) y extendidos en placas de PETRI ; la siembra ha sido practicada en superficie. De medios líquidos solamente hemos empleado el medio « T » de TRUCHE-COTONI que tan excelentes resultatos da en el cultivo de las especies citadas. El cultivo en medio líquido enriquece rápidamente la siembra, lo que lo hace preferible para la investigación de los productos de que hablamos, que suelen estar infectados por muy escaso número de gérmenes ; pero, al objeto de obtener cultivos puros, así que se manifiesta enturbiamiento en el líquido sembrado, practicamos una

(1) R. MICHEL-BÉCHET: Etude clinique et expérimentale du drainage MIKULICZ dans la chirurgie gastro-intestinale (*Thèse de Montpellier*, 1927).

Figura 1

El drenaje MIKULICZ que colocamos después de la gastrectomîa (tamano natural). La gasa del drenaje estâ atravesada por tres tubos de goma y ensuelta en su parte media por una fina lâmania de caucho.

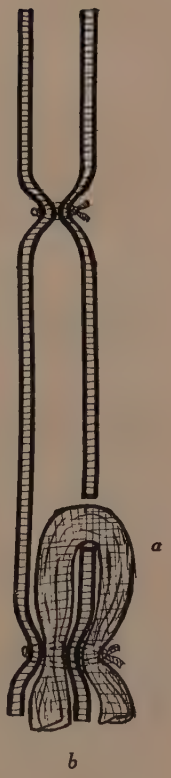


Figura 2

Sección longitudinal de los tubos que se colocan dentra del drenaje: *a*, tira de gasa; *b*, extremidad del tubo que se coloca ne el interior del abdomen.

resiembra aislante en sucesivas placas de PETRI conteniendo medio sólido, con lo que a la vez despistamos una infección mixta. Los gérmenes aislados en colonias puras son sometidos a un riguroso proceso biológico de identificación.

El estudio bacteriológico de la mucosa gástrica aparentemente sana, se ha efectuado tomando igualmente la pulpa por raspado del fondo de una incisión efectuada a través de una cauterización superficial, en un punto sano escogido a unos 5 cm. de distancia del ulcus.

El examen bacteriológico del campo operatorio en el momento de la intervención, lo hemos realizado sembrando en medio « T » un trocito de gasa que se ha humedecido con las serosidades del campo operatorio antes del cierre de la pared.

ESTUDIO BACTERIOLÓGICO

Tanto este estudio bacteriológico como el clínico, lo seguiremos sucesivamente en cada lesión en que lo hemos practicado.

Ulcus gástrico. — El estudio bacteriológico ha podido realizarse en 25 casos de ulcus de los 34 en que hemos practicado el drenaje. De los 25 ulcus, tres se han encontrado infectados por estreptococos. De estos tres casos, en dos el cultivo de la mucosa gástrica lejos del ulcus dió también estreptococos. El cultivo de la gasa pasada por el campo operatorio fué negativo en los tres casos. La gasa de las sondas dió un caso con estreptococo en la tercera sonda : un caso con subtilis en las tres sondas ; el otro con estreptococo y subtilis en las tres sondas.

De los 22 casos en que el cultivo del ulcus fué negativo, sólo en uno la mucosa gástrica lejos del ulcus dió estreptococos, la gasa pasada por el campo operatorio dió un cultivo con b. subtilis en sólo dos casos, con estreptococo blanco en otro caso. Los cultivos de las gasas del interior de las sondas colocadas en el MIKULICZ fueron sólo negativos en tres casos, los otros dieron los siguientes resultados :

Ocho casos de bacilo subtilis.
Un caso de proteus.
Un íd. de cocus banal.
Un íd. de neumococo y subtilis.
Un íd. de estafilococo y subtilis.
Un íd. de subtilis y sarcinas.

Un íd. de subtilis y cocus banal.
Un íd. de bacilo coli.
Un íd. de bacilo coli y subtilis.
Dos íd. de enterococo y bacilo coli.
Un íd. de enterococo, estreptococo, coli y bacilo subtilis.

Demuestran estas investigaciones que el peritoneo vecino a las suturas de la gastrectomía queda infectado casi siempre unas veces por gérmenes banales (subtilis, coco, estafilococo), otras por gérmenes patógenos, unos procedentes del contenido del tubo digestivo, otros procedentes de la lesión ulcerosa, aunque no se haya encontrado por el análisis bacteriológico de esta lesión.

De las dos complicaciones pulmonares post-operatorias, corresponden una a un ulcus positivo del estreptococo, la otra con ulcus negativo, pero con enterococo y estreptococo en las sondas.

Este desarrollo de gérmenes banales, en especial del b. subtilis, en las gasas de los tubos que colocamos en el MIKULICZ, es de gran importancia, porque quizás nos vela los resultados. El subtilis es un bacilo de cultivo rápido e invasor, tanto en los cultivos « in vivo » como « in vitro » ; cuando a su lado germina otro microbio frágil y de difícil cultivo lo anula rápidamente, sobre todo cuando están los primeros en número escaso. Este detalle lo hemos podido observar con claridad en algunos casos, en que en los frotis y cultivos de la gasa de la primera sonda aparecía un germen patógeno o no, de tipo frágil, y en los siguientes al aparecer el b. subtilis desaparecía el primer microbio. Debemos, pues, pensar que en aquellas observaciones en que se ha encontrado b. subtilis, ya en la primera sonda, puede ser que hayan desaparecido en las secreciones, estreptococos y neumococos existentes en poca cantidad, por no haber podido desarrollarse.

Neoplasias gástricas. — De las cinco neoplasias gastrectomizadas solamente cuatro pudieron ser examinadas bacteriológicamente, encontrando en una enterococos, en dos bacilos coli y en la cuarta b. coli, estreptococos y estafilococos. El cultivo de la gasa pasada por el campo operatorio que pudo practicarse en los cinco casos dió el siguiente resultado :

Un subtilis.
Un coli estreptococo y estafilococo.
Un coli en gran abundancia.
Dos negativos.

Las sondas de los cinco casos recogieron subtilis y a más de él en la sonda de un caso piociánico, en otro sarcina y en dos sondas de otro abundante b. coli.

Ulcus en boca anastomótica. — En dos de los cuatro casos operados pudo practicarse el análisis bacteriológico, en los dos el examen del ulcus fué negativo ; en uno, el que falleció, la gasa pasada por el campo operatorio desarrolló bacilos subtilis y en las tres sondas proteus ; en el otro caso la gasa post-operatoria y la gasa de la primera sonda negativas, en la segunda sonda enterococo y en la tercera enterococo y sarcinas.

Resultados globales. — Del estudio bacteriológico que acabamos de exponer, podemos deducir que no siempre la gastrectomía es una operación aséptica en los casos de ulcus y que es una operación séptica en los casos de neoplasia.

Que el estudio bacteriológico que hemos realizado, nos muestra algunos ulcus infectados, sin dar sintomatología clínica de infección.

Que si tomamos como microbios de típica infección de ulcus al estreptococo y al enterococo, y creemos que el haberlos hallado en las sondas es señal de que procedían del ulcus o de la mucosa cercana, debemos aún creer que es mayor el porcentaje de ulcus infectados, y por ende que un análisis negativo de examen de ulcus, no basta para afirmar que no existe infección de la lesión.

Como consecuencia de estas investigaciones bacteriológicas, creemos que *siempre* está indicado el drenaje MIKULICZ en las neoplasias gástricas al ser extirpadas y que debe emplearse en la mayoría de las gastrectomías por ulcus ; drenando el foco operatorio evitaremos así la mayor parte de las complicaciones post-operatorias de tipo infectivo.

Examen bacteriológico del material operatorio. — Interesa exponer después de los resultados a que hacemos referencia en los párrafos anteriores, unas simples a la par que interesantes investigaciones que hemos efectuado para el control de la pretendida asepsia quirúrgica, al objeto de poder interpretar mejor los resultados expuestos.

Es diferente, en grado, el concepto « *asepsia* » para el cirujano y el bacteriólogo. Mientras que el primero considera asépticos los instrumentos que deja durante unos minutos y a veces durante más de una hora en la sala de operaciones, el bacteriólogo no los utiliza más que en los contados segun-

dos que siguen a su esterilización. Un bacteriólogo cuidadoso no considera estéril, por ejemplo, un capilar de vidrio o un hilo de platino sino en el mismo instante que se enfría y aun sembrando en estas condiciones se infecta secundariamente algún cultivo, de tarde en tarde. No le pasa lo mismo al cirujano ; el buen resultado de una intervención, la falta de infección, depende de la facilidad con que los procesos defensivos, celulares y humorales, logran eliminar los gérmenes que en número lógicamente reducido pueden caer en el campo operatorio.

Deseando ver y medir, en cierto modo, esta sedimentación bacteriana, efectuamos las siguientes experiencias :

Preparamos placas de PETRI de 9 cm. de diámetro solidificando en ellas agar o gelatina glucosados. En cada intervención quirúrgica colocábamos una placa de PETRI abierta entre los instrumentos y otra sobre las tallas junto a la herida operatoria. A título de control la placa *abierta* se acompañaba de otra *cerrada*.

Medíamos el tiempo de la intervención y cerrábamos la caja de PETRI *abierta*, llevándola junto con la de control a la estufa de 37 grados durante siete días las de agar o a la temperatura de 22 grados durante 15 días las de gelatina. Contábamos el número de colonias germinadas que aproximadamente equivalía al número de gérmenes cáídos. Con este procedimiento obtuvimos en las intervenciones de 10 a 15 minutos una cifra mínima de 42 colonias y una máxima de 112. Efectuada la identificación de los gérmenes aislados, encontramos siempre los gérmenes banales, de los conocidos ya en el aire : estafilococos blancos no patógenos, sarcinas, subtilis, micrococus prodigiosus, estreptococus banales, proteus, etc.

Estos resultados nos permiten tener una idea clara del papel de la infectión externa, en las intervenciones quirúrgicas, permitiéndonos afirmar : 1° Que debe tenerse en cuenta en todo acto operatorio, la posible infección por los gérmenes del aire ; 2° Que el número de gérmenes sedimentados, está en razón directa con el tiempo que dura la intervención ; 3° Que el bacilo subtilis las sarcinas, los estafilococos blancos y el proteus, son entre estos gérmenes, los más frecuentes.

Aplicando estos resultados al asunto objeto de nuestro estudio podemos concretar : a) que la infección por los gérmenes del aire en la gastrectomía, tiene su importancia en clínica, dada la larga duración operatoria ; y b) que podemos

dividir en los tres siguientes grupos, los gérmenes encontrados en nuestros estudios bacteriológicos :

Germenes procedentes de la lesión extirpada { enterococos / estreptococos

Gérmenes procedentes del aire { subtilis / estafilococo / sarcinas / proteus

Gérmenes procedentes de otros orígenes (contenido intestinal, ganglios, etc.) { coli / cocus, etc.

No debemos insistir, pues, en que estas investigaciones nos servirán de base para resolver el problema clínico del drenaje en la gastrectomía.

Estudio clínico de la aplicación del drenaje

Ulcera gástrica. — En el siguiente cuadro comparamos las cifras de mortalidad (1) y las complicaciones post-operatorias correspondientes al mismo periodo, en tres años sucesivos, de los enfermos operados por úlcera gástrica :

Años	Gastrectomia por ulcus	Complicaciones		Mortalidad	
		Cifras	por 100	Cifras	por 100
1926-27	24	8	33,3	4	16,6
1927-28	24	7	29	3	12,5
1928-29	34	4	11,7	3	8,82

La mortalidad ha disminuído, pues, de un modo evidente, las complicaciones post-operatorias han quedado casi reducidas en conjunto a un tercio comparadas con los años anteriores (2), siendo la reducción operada principalmente en el grupo de complicaciones respiratorias. Con el uso del

(1) Estas cifras de mortalidad que alguien encontrará elevadas, son fieles a la realidad y están ensombrecidas por figurar en ellas cierto número de enfermos, que entran en nuestro servicio en un estado precario, muchos en edad avanzada ya, reclamando para poder curar su enfermedad una solución rápida.

(2) Exceptuamos de esta estadística los casos mortales.

MIKULICZ han desaparecido de nuestras estadísticas los casos mortales de complicaciones pulmonares, los abscesos múltiples y la pihemia, como puede verse con la siguiente relación de las causas de muerte en los casos de la estadística presentada :

1926-1927 :
Fallo de sutura, 1.
Abceso hepático y pulmonar, 1.
Insuficiencia cardíaca, 1.
Vómitos repetidos sin lesiones en la autopsia, 1.

1927-1928 :
Fallo de sutura, 1.
Abceso múltiple de pulmón, 1.
Bronconeumonia, 1.

1928-1929 :
Eventración (reintervenida), 1.
Insuficiencia suprarrenal (?) (1), 1.
Insuficiencia renal ; en la autopsia riñón poliquístico sin otras lesiones, 1.

El hecho de que las complicaciones pulmonares sean las que más han sido favorablemente influídas por el uso del MIKULICZ, constituye la confirmación de las ideas que nos indujeron a emplearlo en cirugía gástrica. Decíamos antes que la naturaleza infecciosa de estas complicaciones es un hecho definitivamente adquirido. LAMBERT y RAZEMON han demostrado que son los gérmenes procedentes de la lesión gástrica intervenida, los que acarreados por vía linfática o sanguínea al pulmón, dan lugar a los temibles accidentes pulmonares post-operatorios. Pero quizás será más lógico pensar que sea no la lesión en sí, sino la siembra al peritoneo durante la intervención, por los mismos gérmenes contenidos en la lesión gástrica, los que originen estas infecciones respiratorias, e incluso que sean estos, gérmenes existentes en las paredes digestivas o en los ganglios regionales, y que por el hecho del traumatismo operatorio, aumenten en virulencia e invadan la sangre de la región operada. Aboga a favor de estas con-

(1) A los cuatro días de operado este enfermo empieza a presentar astenia y palidez, que van en aumento hasta el sexto día en que muere sin presentar otro síntoma. En la autopsia nada de anormal en el tubo digestivo. Ligera cirrosis hepato-esplénica, con bazo pequeno.

cepciones el hecho que las complicaciones pulmonares son más frecuentes y más graves después de la gastrectomía, intervención que deja en actividad la lesión pero que por ser menos traumatizante, importa riesgos mucho menores de infección peritoneal. Concebidas las cosas de este modo, se comprende y explica fácilmente el beneficioso influjo del MIKULICZ sobre el porcentaje de complicaciones respiratorias y secundariamente sobre el de la mortalidad.

No es tan fácil de explicar, en cambio, el efecto del MIKULICZ sobre el estado general del operado. Todos conocemos el estado desagradable de muchos gastrectomizados durante los dos o tres primeros días después de la intervención : la facies agripada, el pulso frecuente, la herida operatoria muy dolorosa, el sensorio algo obtuso, acompañado todo ello de cierta obnubilación intelectual y de una sensación de angustia invencible. Este cuadro es radicalmente distinto del que presentan nuestros operados con MIKULICZ y que constituyó una feliz sorpresa para nosotros, en los primeros casos en que lo usamos. La sensación de angustia se halla convertida en una euforia visible, el sensorio se encuentra absolutamente despejado, la herida no es causa de los dolores ni de la sensación de tirantez habituales ; el intestino reanuda sus funciones y procede a la expulsión de ventosidades mucho antes que en los operados sin drenaje. Esta inesperada acción del MIKULICZ sobre el estado general del operado, no es una impresión personal observada únicamente por nosotros. BOTREAU-ROUSSEL escribe a propósito de dos heridos de guerra con perforaciones intestinales tratados con MIKULICZ, las siguientes palabras, que confirman en un todo nuestras observaciones : « Yo fuí felizmente sorprendido en estos dos casos por la benignidad absoluta del curso post-operatorio. En ningún momento estos dos heridos me dieron la más leve inquietud. Ni uno ni otro presentaron meteorismo, detención de gases, vómitos, ascensión del pulso, en una palabra ninguno de los síntomas tempestuosos que había observado siempre en los operados por heridas del intestino, no drenados por MIKULICZ y que, aun en los casos afortunados terminados por la curación, me proporcionaron una seria inquietud durante los cuatro o cinco primeros días ».

Si el MIKULICZ no ejerciera influencia alguna sobre las complicaciones ni sobre la mortalidad post-operatoria, esta sorprendente mejoría sobre el estado subjetivo del operado, que hemos observado con gran constancia, justificaría por sí sola su empleo sistemático.

La única explicación de esta beneficiosa influencia sobre el estado general del operado y en especial sobre el « shock » operatorio, la podemos encontrar en el hecho de que el MIKULICZ drena la sangre que a pesar de una cuidadosa *toilette,* queda en el peritoneo después de toda operación abdominal y la que en pequeña cantidad puede salir de toda sutura del aparato digestivo durante el primero y segundo día. Al ser reabsorbida en los casos en que no se usa MIKULICZ produciría un « shock » proteínico análogo al « shock » traumático por reabsorción del hematoma. Está a favor de esta explicatión la observación clínica de la serosidad expelida a través del MIKULICZ, que es hemática y abundante siempre durante el primer día, a pesar de la hemostasia perfecta.

Neoplasia gástrica. — Hemos gastrectomizado por neoplasia confirmada con examen histológico a cinco enfermos, de los que uno murió por caquexia a los 25 días de operado. El pequeño número de casos no nos permite hacer un estudio estadístico, pero sí debemos hacer notar que el cuadro de intoxicación profunda que habíamos siempre observado en los recién operados de neoplasia gástrica, no apareció en cuatro de estos enfermos, siendo excelente el curso post-operatorio al igual que en los ulcus. Uno de ellos presentó un cuadro tóxico con hipocloruremia acentuada, que curó con inyecciones intravenosas de cloruro sódico hipertónico. La herida abdominal cicatrizó en todos ellos con la misma rapidez que en los casos de ulcus.

Ulcus en boca anastomótica. — La complicada técnica de la resección de los ulcus en boca anastomótica y el mal estado general de estos enfermos, son causa de elevada mortalidad operatoria. Creemos sinceramente que son ellos los que más han beneficiado de la aplicación de un MIKULICZ subhepático. Durante estos últimos ocho meses hemos gastrectomizado a cuatro de estos enfermos, tres de ellos siguieron un curso post-operatorio excelente, el otro siguió un curso post-operatorio en completa apirexia, hasta los 12 días de operado, en que súbitamente presentó elevación térmica, con síntomas pulmonares, que quizá no deban relacionarse con el acto operatorio (1), muriendo al día siguiente. Un caso de tal clase

(1) En la autopsia se encontró una colecistitis calculosa, un pequeno absceso del tamano de un garbanzo en la anastomosis yeyuno-yeyunal, que no impermeabilizaba la unión; la boca de la gastro-enterostomía era permeable; en la base pulmonar derecha pleuresía purulenta inicial.

ensombrece una estadística, pero no desvirtúa el método operatorio, tanto más cuando recordamos con pesar los malos resultados obtenidos en estos enfermos antes del empleo del MIKULICZ.

Ulcus perforados en peritoneo libre. — Durante el tiempo de estas investigaciones, no hemos podido aplicar en nuestro servicio hospitalario el drenaje MIKULICZ en enfermos de ulcus con perforación en peritoneo libre, ya que operados estos enfermos de urgencia por el médico de guardia del Hospital, no se sometieron a este detalle técnico. Estamos en la creencia de que en estos casos está más indicado aún que en los ulcus en boca anastomótica, la aplicación del drenaje MIKULICZ. Las causas de muerte en estos enfermos son todas de tipo infectivo, en unos la peritonitis por imperfección de la sutura, en otros lesiones pulmonares. Recordamos los dos últimos casos que entraron en nuestro servicio, uno murió de neumonía y otro de peritonitis ; quizás algunos de estos enfermos se salvarían, aplicando un MIKULICZ.

Resultados globales. — El uso del MIKULICZ en las gastrectomías vemos, pues, que en nuestros casos ha disminuído de un modo ostensible la mortalidad y las complicaciones pulmonares post-operatorias. El MIKULICZ debe, pues, haber sido útil ; no hay ninguna duda que debe ser beneficioso un drenaje que permite la evacuación fácil de una gran cantidad de sangre y exudados, que sin él permanecerían en el peritoneo, constituyendo o un excelente medio de cultivo para los gérmenes que pueden encontrarse en el campo operatorio, o produciendo al ser reabsorbidos un « shock » proteínico.

El peligro infectivo queda alejado más aún si tenemos en cuenta la exudación linfática retrógrada que provoca el MIKULICZ. En nuestros gastrectomizados la secreción por el MIKULICZ ha presentado unas características constantes ; los tres primeros días fluye por el drenaje una serosidad abundantísima, constantemente hemática el primer día a pesar de haber practicado siempre una perfecta hemostasia. Hacia el cuarto día la secreción disminuye visiblemente para llegar a ser nula el día noveno.

La exudación que sale por el MIKULICZ, está formada por la sangre linfa y demás líquidos, vertidos en el acto quirúrgico o exudados por la irritación peritoneal producida ya por el trauma operatorio, ya por el material de sutura actuando como cuerpo extraño. Pero no hay duda, que en esta exudación el papel del MIKULICZ no es meramente pasivo y

que en su mayor parte, el líquido segregado, lo es por la excitación peritoneal que produce el mismo MIKULICZ. SHELTON HORSLEY (1) atribuye a esta aptitud de provocar una fuerte exudación linfática, la acción beneficiosa del drenaje, recordando que una secreción profusa que tiende a arrastrar la substancia ofensora, es el medio natural de defensa de muchos órganos (ojo, nariz, y todas las cavidades cubiertas de endotelio).

Aunque como hemos dicho no nos ha llevado a usar el MIKULICZ la posibilidad de que sirva para drenar un fallo de sutura, es natural que nos será útil en caso de presentarse esta complicación, ya que aunque no se coloque directamente en contacto con las suturas operatorias, está próximo a ellas y con facilidad se producirá una fístula (siguiendo la regla de que el pus va allá donde existe menos presión) en lugar de producirse una peritonitis, ya que el MIKULICZ sigue colocado hasta los nueve o diez días de la operación. Así sucedió últimamente en uno de nuestros casos en que el enfermo, gracias a él, se salvó de una peritonitis fatal.

En resumen, con la aplicación del MIKULICZ en los gastrectomizados, sea cual sea la lesión, mejora la mortalidad operatoria, disminuye las complicaciones pulmonares y desaparece casi el « shock » operatorio, teniendo a la vez con él una válvula de seguridad para el caso de fallo de sutura.

ARGUMENTOS INVOCADOS EN CONTRA DEL DRENAJE

Vamos a examinar ahora, aunque sea someramente, los argumentos invocados contra el drenaje, tal como los presentan CADENAT y PATEL en su ponencia al *Congreso francés de Cirugía* de 1927.

Atribuyen en primer lugar al drenaje una serie de accidentes cuya importancia es muy desigual.

1° *Retención e infección secundaria.* — El drenaje, se ha dicho, favorece la retención de líquidos en lugar de asegurar su evacuación y puede por lo tanto determinar una infección secundaria. Y en efecto ; con el MIKULICZ se habría observado una elevación térmica hacia el cuarto o quinto día después de la operación, y una secreción purulenta después de la extracción de las mechas de gasa. La infección secundaria

(1) SHELTON HORSLEY: El drenaje quirúrgico desde el punto de vista biológico (*The Journal of the Amer. Med. Assoc.*, volumen III, número 3, 2 febrero 1920, pág. 154, edición espanola).

favorecida por el hecho de la retención, ha sido uno de los mayores reproches dirigidos al MIKULICZ, considerado en estos casos como una puerta abierta a la infección venida del exterior.

En *sólo uno* de nuestros casos ha supurado ligeramente la herida al quitar el MIKULICZ, por lo que creemos que la infección secundaria es práticamente nula si renovamos cuidadosamente y con la frecuencia necesaria el apósito externo y usamos una gasa muy hidrófila y la colocamos poco apretada.

2° *Eventración.* — Según AUVRAY sería este accidente menos frecuente con el MUKULICZ que con otros modos de drenaje, porque aquel dejaría una superficie granulosa más fácilmente cicatrizable, que el orificio que queda después de la colocación de un tubo de goma a través de la pared abdominal. El 48 por 100 de eventraciones después del MIKULICZ que ha observado PEACHLER es debido a haberlo quitado demasiado tarde.

Nosotros no la hemos observado más que en un caso (y fué mortal) y debida a haber suturado la pared del abdomen con catgut ; desde que suturamos con hilo metálico, no hemos vuelto a observarla.

3° *Hernia post-operatoria.* — No se ha presentado en ninguno de nuestros casos y creemos que no se presentará siempre que se observen los siguientes detalles técnicos : a) colocar el MIKULICZ en la parte alta de la incisión inmediatamente por debajo del apéndice xifoides ; b) colocar un MIKULICZ de diámetro pequeño y cuidadosamente apretado entre los puntos ; c) recubrirlo de una fina lámina de caucho para que no adhiera a la piel y aponeurosis.

4° *Cicatrización de la herida operatoria.* — La cicatrización de la herida operatoria no viene entorpecida notablemente por el MIKULICZ, a condición de dejarlo bien apretado entre los puntos. No hay duda que la cicatrización se retrasa cinco o seis días, pero no repercute sobre el curso post-operatorio, ya que el enfermo puede levantarse igualmente a los 15 días.

5° *Accidentes debidos a las adherencias.* — Las adherencias, consecuencia fatal del MIKULICZ, que presentan grandes ventajas y constituyen en parte la finalidad deseada del mismo, han sido acusadas de producir cierto número de accidentes.

a) Dificultad de la ablación, fuente de dolores, que pueden exigir la anestesia, se observa únicamente en las ablaciones

tardías. Con la técnica seguida por nosotros de rodear el MIKULICZ con una lámina de caucho, de movilizarlo a los ocho o nueve días y de retirarlo dos días más tarde, no hemos observado nunca la más pequeña dificultad.

b) El desgarro del saco que deja en la herida restos de gasa, y las embolias por ruptura de vasos neoformados, son accidentes debidos también a una ablación inoportuna demasiado precoz o demasiado tardía.

c) La oclusión intestinal, accidente raro, producido por compresión de una asa de intestino delgado por el MIKULICZ, se evitará por la aplicación correcta de éste ; nosotros no sólo no la hemos observado nunca en nuestros gastrectomizados con drenaje, sino que en ellos las funciones intestinales se reanudaron más precozmente que en los no drenados.

d) Finalmente se podría objetar que las adherencias determinadas por el drenaje podrían dificultar ulteriormente el funcionaminto gástrico. El examen radiológico de los enfermos operados con drenaje MIKULICZ demuestran que el vaciamiento del estómago se verifica de un modo normal y perfecto, las adherencias que puede provocar no tienen importancia, como no las tienen las que se producen por lo general en las gastrectomías, las reintervenciones en operados de estómago nos enseñan que se forman en nueve sobre 10 casos, debido a que el epiplón viene a recubrir las superficies cruentas.

6° *Fistulas intestinales*. — Hay que tener presente que el contacto de un drenaje, sobre todo si es de gasa, con una sutura intestinal, o gástrica impide con seguridad su unión. Cuidando que el MIKULICZ no contacte con ninguna sutura, la fístula sólo podría producirse por desgarro del intestino al tirar sobre una mecha adherida ; accidente imputable a una movilización excesivamente retardada.

*
* *

En resumen, creemos haber demostrado en el curso de esta rápida exposición que el drenaje MIKULICZ en las gastrectomías es factible e inocuo, que debe emplearse en todas las gastrectomías por neoplasia y por ulcus en boca anastomótica, que beneficiarán mucho con él los enfermos gastrectomizados por ulcus, sobre todo aquellos casos en que la infección del ulcus nos haya pasado desapercibida, por no haberse manifestado clínicamente. Que creemos debe estu-

diarse el beneficio que con él puede obtenerse en los ulcus perforados en peritoneo libre. Que siempre en toda gastrectomía el drenaje del MIKULICZ estará indicado cuando queden superficies cruentas sin peritoneizar, y finalmente que con él tendremos una válvula de seguridad para los fallos de sutura.

Hemos visto que con el MIKULICZ ha disminuído en nuestros casos la mortalidad y las complicaciones pulmonares post-operatorias, quedaremos satisfechos si éste, nuestro pequeño esfuerzo científico, puede servir para perfeccionar los resultados del tratamiento quirúrgico de las afecciones gástricas.

RESUMEN

A pesar de que el autor, desde hace mucho tiempo usa exclusivamente la anestesia de esplácnicos y local de la pared en sus gastrectomías, encuentra elevado el porcentaje de complicaciones pulmonares post-operatorias en sus estadísticas. La relación de estas complicaciones con las infecciones del campo operatorio, le llevó a utilizar en algunos enfermos de edad avanzada y en malas condiciones locales y generales, un drenaje subhepático con MIKULICZ, al objeto de drenar toda infección que se originara en la región operada y gracias a ello, evitar las complicaciones de origen infeccioso especialmente las pulmonares.

El éxito obtenido en los primeros casos, hizo que a partir del mes de Octubre de 1928, hiciera una aplicación sistemática de un MIKULICZ subhepático en sus gastrectomías a fin de tener una idea clara del beneficio que se podía obtener. Los resultados que presenta corresponden a 43 gastrectomías, practicadas desde el mes de Octubre de 1928 a Mayo de 1929, ambos inclusive.

La comparación de los resultados de los casos presentados, con los de los casos operados en los años precedentes y en la misma época, le permiten deducir que este recurso operatorio es beneficioso, ya que mejora las estadisticas de mortalidad y de complicaciones operatorias ; el curso de los operados cambia de aspecto por completo y una sensación de bien estar substituye a la angustia y malestar que, en general, presentan durante los primeros dias los enfermos gastrectomizados.

La aplicación del drenaje MIKULICZ ha permitido al autor, hacer un estudio bacteriológico de la región operada en los días que siguen a la intervención, que junto con el análisis bacteriológico de la lesión gástrica y la del campo operatorio inmediatamente antes de la sutura de la pared, le permiten

presentar un ligero estudio acerca de la infección en la gastrectomía, que sirve de base a la indicación del drenaje.

El autor coloca un MIKULICZ en la región infrahepática, entre el muñón gástrico y el duodenal, pero de tal manera que no está en contacto con ninguno de los dos ; dentro de este drenaje (fig. 1) de gasa van colocados tres tubos de goma cerrados por sus extremos mediante una ligadura ; por el extremo del tubo que quedará colocado dentro del abdomen, penetra una pequeña mecha de gasa que sale por un orificio lateral situado a unos 2 cm. de la extremidad interna del tubo ; dispositivo que le permite recoger una pequeña cantidad de serosidad del fondo de la región operatoria, sin ponerse en contacto, al ser extraída, con las capas más externas del drenaje. Estos tubos se extraen a las 24-48 y 72 horas, sembrando inmediatamente el trocito de gasa de su interior.

Para evitar adherencias, el MIKULICZ lo coloca rodeado de una fina lámina de caucho, lo moviliza a los siete o nueve días de la operación y lo retira dos días después.

El ulcus o neoplasia lo examina bacteriológicamente, así como el campo operatorio. Para esto último siembra una pequeña torunda de gasa que humedece con las serosidades del campo operatorio antes de la sutura de la pared.

Los resultados estadísticos que presenta de los enfermos gastrectomizados por ulcus son los siguientes :

Anos	Gastrectomìa por ulcus	Complicaciones		Mortalidad	
		Cifras	por 100	Cifras	por 100
1926-27	24	8	33,3	4	16,6
1927-28	24	7	29	3	12,5
1028-29	34	4	11,7	3	8,82

En los casos de neoplasias y de ulcus en boca anastomótica, los resultados que encuentra son mejores aun que los obtenidos en casos de ulcus, pero el número de enfermos es reducido, lo que no le permite hacer estadisticas.

Los resultados de los análisis bacteriológicos efectuados demuestran que el peritoneo vecino a las suturas de la gastrectomía está casi siempre infectado, algunas veces por gérmenes banales (b. subtilis, cocus, estafilococos), otras veces por gérmenes patógenos, algunos procedentes del contenido del tubo digestivo, otros procedentes de la lesión

ulcerosa, incluso en los casos en los cuales el análisis bacteriológico de la lesión anatómica era negativo.

De lo que expone y del estudio detallado de las historias clínicas de sus operados, el autor concluye : que la gastrectomía no es siempre una operación aséptica en los casos de ulcus, y que constituye casi siempre una operación séptica en los casos de neoplasia, por lo cual el uso del drenaje a lo MIKULICZ debe estar siempre indicado en las gastrectomías por neoplasia y en la mayoria por ulcus, a fin de evitar las consecuencias de una infección y por consiguiente las complicaciones post-operatorias. El curso post-operatorio de los enfermos mejora mucho ; se puede hablar de que una sensación de bienestar, substituye a la angustia y dolor abdominal corriente. El « shock » ha disminuído en número e intensidad. El drenaje a lo MIKULICZ debe pues, emplearse siempre, cuando se supone un ulcus infectado y cuando en la intervención se dejan superficies cruentas por liberación de adherencias ó por la disección del ulcus. La abundante secreción de líquidos que exuda a través del MIKULICZ durante los primeros días constituye un drenaje sero-linfo-sanguíneo siempre útil.

Ninguno de los casos de aplicación del MIKULICZ ha supurado, lo cual le permite eliminar la posibilidad de una infección externa.

La cicatrización de la herida operatoria no está muy retardada por el MIKULICZ, con la condición de dejarlo bien ajustado entre los puntos.

La hernia post-operatoria no se ha presentado en ninguno de los casos, lo cual lo atribuye a la observación de las siguientes reglas : a) colocar el MIKULICZ en la parte superior de la incisión, inmediatamente por debajo del apéndice xifoides ; b) colocar un MIKULICZ de pequeño diámetro y cuidadosamente apretado entre los puntos ; c) recubrirlo de una delgada lámina de cautcho, para que no se adhiera a la piel ni a la aponeurosis.

La eventración, que produjo la muerte en uno de los casos de la estadística presentada, en el cual la sutura del abdomen había sido practicada con catgut, no se ha vuelto a producir en ningún enfermo, desde que sutura la pared con hilo metálico.

El examen radiológico de los enfermos tratados con MIKULICZ, demuestra que el acto de vaciarse el estómago se verifica de una manera normal y perfecta ; las adherencias que puede provocar no tienen más importancia que las mismas que se production en las gastrectomías corrientes.

En resumen, cree el autor haber demostrado en el curso de su exposición que el drenaje MIKULICZ puede emplearse sin temor alguno, que debe usarse en todas las gastrectomías por neoplasias, y que con él se benefician mucho los enfermos gastrectomizados por ulcus, sobre todo en el caso en que la infección del ulcus pudiera pasar desapercibida por no haberse manifestado clínicamente ; que el drenaje MIKULICZ está siempre indicado en toda gastrectomía cuando quedan superficies sangrantes sin peritoneizar ; y en fin que gracias a él poseemos una válvula de seguridad contra el fallo de sutura.

ZUSAMMENFASSUNG

Obgleich der Autor seit langer Zeit bei Gastrektomien ausschlieszlich die Betäubung der *Nerv. Splánchnicus* und die lokale Betäubung der Wand anwendet, findet er in seinen Statistiken ein hohes Prozent von Lungenkomplikationen nach der Operation. Die Zusammenhang dieser Komplikationen mit den Infizierungen der operierten Stelle veranlasste ihn bei einigen Kranken fortgeschrittenen Alters und bei solchen, deren Lokaloder Allgemeinbefinden schlecht war, eine Unterleberdränage nach Prof. MIKULICZ zu benützen, um jede Infizierung, die an der operierten Stelle entstehen könnte, zu dränieren und auf diese Weise verschiedenen Komplikationen durch Infizierung, besonders jenen in der Lunge, vorzubeugen.

Der Erfolg schon in den ersten Fällen bewog ihn seit dem Monate Oktober 1928 bei seinen Gastrektomien die Unterleberdränage nach MIKULICZ systematisch anzuwenden, um sich eine klare Idee von den Vorteilen, die man dabei erreichen kann, zu bilden. Die hier dargestellten Resultate wurden bei den durch den Autor in der Zeit 1. Oktober 1928—31. Mai 1929 vorgenommenen Gastrektomien, im ganzen 41 an der Zahl, erhalten.

Die Vergleichung der hier dargestellten Fälle mit den Resultaten der früheren Jahre für denselben Zeitraum erlauben den Schluss zu ziehen, dass diese Operierungsart nutzbringend ist ; denn sie verbessert die Statistik der Todesfälle und der Komplikationen nach der Operation ; der Zustand der Operierten ändert sich sichtlich und vollständig ; und eine Empfindung des Wohlbefindes tritt an die Stelle der Angst und der Qual, wie sie gewöhnlich die Operierten in den ersten Tagen nach der Gastrektomie zeigen.

Die Anwendung der Dränage MIKULICZ erlaubte dem Autor bakteriologische Studien in den ersten Tagen nach dem operativen Eingriff zu machen, was, verbunden mit bakteriologischer Analyse der gastrischen Verletzung sowie der Verletzung der operierten Stelle, ihm gestattet, ein leichtes Studium über die Infizierung in der Gastrektomie, die ein Fingerzeig für die Dränageanwendung bildet, hier vorzubringen.

Der Autor legt die Dränage in der Unterlebergegend zwischen dem Magenstumpf und dem Zwölffingerdarm, aber in der Weise an, dass sie in keine Berührung mit einem von beiden kommt ; innerhalb dieser Dränage aus Gaze (Abbildung 1.) befinden sich drei an ihren Enden zusammengebundenen Gummiröhrchen ; durch ein Ende des Röhrchens, welches innerhalb des Unterleibes bleiben wird, dringt ein kleiner Docht aus Gaze ein, welcher durch eine Seitenöffnung, ungefähr 2 cm. von der Innenspitze des Rohrchens entfernt, heraustritt Abb. 2.) Diese Anordnung erlaubt ihm, eine kleine Serummenge aus dem Grunde der operierten Stelle heraufzuholen, ohne bei dieser Heraufholung mit den weiter nach auswärts gelegenen Dränageteilen in Berührung zu kommen. Diese Röhrchen nimmt man nach 24, 48 und 72 Stunden heraus und legt man unmittelbar eine Kultur aus dem innerhalb des Röhrchens befindlichen Gazestückchen an.

Um zu vermeiden, dass die MIKULICZ-Dränage anhaften bleibt, wird sie in ein dünnes Kautschukblatt eingewickelt ; in 7 bis 9 Tagen nach der Operation wird sie mobil gemacht und nach weiteren 2 Tagen herausgenommen.

Das Geschwür respektive die Neubildung werden bakteriologisch untersucht. Desselbe tut man mit der operierten Stelle ; zu diesem Zwecke wird eine Kultur aus kleinem Gazeklumpchen, das mit dem Serum der operierten Stelle befeuchtet wird, bevor man die Naht vornimmt.

Die Resultate bei den Kranken, die infolge eines Geschwüres gastrektomisiert wurden, stellen sich wie folgt dar :

Jahre	Gastrektomien infolge eines Geschwüres	Komplikationen		Letaler Ausgang	
		Anzahl	o/o	Anzahl	o/o
1926-27	24	8	33,3	4	16,6
1927-28	24	7	29	3	12,5
1928-29	34	4	11,7	3	8,82

Die Resultate bei der Gastrektomien infolge der Neubildungen oder des ulcus *gastro jejunal* sind noch günstiger ; aber geringe Anzahl dieser Fälle erlaubte dem Autor nicht ihre Statistik zusammenzustellen.

Die Resultate der bakteriologischen Analisen bewiesen, dass das Bauchfell in der Nachbarschaft einer gastrektomischen Naht fast immer infiziert ist ; manchmal durch gewöhnliche Keime (b subtilis, cocus, staphilococus), in anderen Fällen aber durch pathogenische Keime, von welchen einige aus dem Inhalt der Verdauungsröhre, die anderen aber aus der geschwürigen Verletzung herkommen ; und das sogar in den Fällen, wo eine bakteriologische Untersuchung der anatomischen Verletzung ein negatives Resultat hatte.

Aus dem, was der Autor hier vorbringt, und aus dem detaillierten Studium der klinischen Geschichte seiner Operierten, zieht er folgende Schlüsse : dass die Gastrektomie in Geschwürfällen nicht immer eine aseptische Operation ist ; sie ist aber fast immer eine septische Operation in Fällen von Neubildungen ; infolge dessen bei Gastrektomien ist die Anwendung der MIKULICZ-Dränage bei Neubildungen immer, und bei Geschwüren in meisten Fällen angebracht, und zwar um den Folgen einer Infizierung und den nachoperativen Komplikationen vorzubeugen. Der Zustand der Operierten bessert sich bedeutend ; man kann sagen, dass ein Wohlbefinden an die Stelle des Angstgefühls tritt ; der Schmerz im Unterleib schwindet ; der « Shock » wird seltener und weniger intensiv. Man soll also die MIKULICZ-Dränage immer anwenden, wo man ein infiziertes Geschwür vermutet und wo nach der chirurgischen Intervention blutige Fläche, infolge der Beseitigung des Anhanges oder des Durchschneidens des Geschwüres, verbleiben. Die reichliche Sekretion, die durch die « MIKULICZ » durchsickert, stellt eine sero-lympho-blutige, immer nützliche Dränage dar.

Bei Anwendung dieser Dränage niemals ist eine Eiterung vorgekommen, was es uns gestattet die Möglichkeit einer äuszerlichen Infizierung auszuschliessen.

Die Vernarbung der operativen Wunde verzögert sich nicht viel durch die MIKULICZ-Dränage, mit der Bedingung, dass die Stiche eng aneinander folgen werden.

Der postoperative Bruch ist in keinem der Fälle vorgekommen, was der Einhaltung von folgende Regeln zugeschrieben wird : a) « MIKULICZ » wird im oberen Teile des Einschnittes, unmittelbar under dem *Apend. xiphoideus* angelegt ; b) man gebraucht ein « MIKULICZ » von kleinem Durchmesser, sorg-

fältig zwischen den Stichen eingepresst ; c) man bedeckt es mit einem dünnen Kautschukblatt, damit es nicht an der Haut oder der *Aponeurosis* haften bleibt.

Das Aufgehen der Naht, das den Tod in einem Fälle (s. die Statistik oben) verursacht hat, und wobei die Naht des Unterleibes mit *Catgut* vorgenommen worden war, hat sich in keinem anderen Falle wiederholt, seitdem der Autor den metallischen Faden verwendet.

Die radiologische Untersuchung der mit der MIKULICZ-Dränage behandelten Kranken hat bewiesen, dass ihre Magenentleerung normal und ausgezeichnet vor sicht geht ; die Anhaftungen, die sie hervorrufen kann, haben keine grössere Bedeutung, als die Anhäftungen bei gewöhnlichen Gastrektomien.

Kurz zusammenfassend, glaubt der Autor in seinem Exposé bewiesen zu haben, dass die MIKULICZ-Dränage angstlos gebraucht werden kann, dass sie bei allen Gastrektomien von Neubildungen gebraucht werden soll, und dass die Kranken, die infolge eines Geschwüres gastrektomisiert worden sind, ihr viel verdanken, besonders aber in den Fällen, wo eine Geschwürinfizierung unbemerkt bleiben könnte, weil sie sich klinisch nicht bekundet hat ; dass die MIKULICZ-Dränage bei allen Gastrektomien angezeigt ist, wo eine blutige Oberfläche ohne die Bauchfellnaht verbleibt ; und, zum Schluss, dass wir in ihr ein Sicherheitsventil gegen ein Aufgehen der Naht besitzen.

SUMMARY

Although the author has for a long time been making use of splanchnic and local anaesthesia, exclusively, in his gastrectomies, he finds the percentage of post-operation lung complications shown in his statistics high. The relation of these complications to infection from the operated region led him to use, in the case of some patients of advanced age and in bad local and general condition, a subhepatic drainage with MIKULICZ, in order to drain any infection which might originate in the region of the operation, thus avoiding complications of infectious origin, particularly in connection with the lungs.

The successful results of his first cases induced him, from October, 1928, to apply a subhepatic MIKULICZ systematically in his gastrectomies, in order to obtain a clear notion of the

benefits that might be derived from it. The results given are those of 43 gastrectomies performed during the period from October 1928 to May 1929, both inclusive.

A comparison of the results of the cases included in this period with those of operations performed in a corresponding period of previous years enables the author to conclude that this surgical accessory is beneficial, since the statistics of mortality and of complications after operation show an improvement ; the progress of the patient on whom the operation is perfomed assumes a completely different aspect, and a feeling of wellbeing takes the place of the anguish and uneasiness generally observed in gastrectomy patients during the first days.

The application of the MIKULICZ drainage has enabled the author to make a bacteriological study of the region operated on, during the days following the treatment, which study, together with the bacteriological analysis of the gastric wound and that of the operated region immediately before the suture of the wall, has allowed him to bring forward a brief study intended to serve as a basis for instruction or hints on drainage.

The author places a MIKULICZ in the infrahepatic region, between the gastric stump and the duodenal, but in such a manner that it does not come into contact with either. In the interior of this gauze drainage (fig. 1.) three rubber tubes have been inserted, having their extremities closed by a ligature. A small gauze wick is inserted into each of the tubes at the inner end, and, passing through the inside of the tube, leaves it again by a lateral orifice situated at about two centimeters from the inner extremity of the tube.

By means of this container or receptacle a small quantity of serosity may be collected from the base of the operatory region without coming into contact with the outermost heads of the drainage on being removed. These tubes are withdrawn after 24-48 and 72 hours, the small piece of gauze from their interior being immediately removed and spread out.

To prevent sticking, the MIKULICZ is surrounded by a thin sheet of rubber, moved 7 to 9 days after the operation and withdrawn two days later.

The ulcus or neoplasia is examined bacteriologically, as is also the operatory region. For this purpose the author employs a circular piece of gauze which he moistens with serosities from the locality of the operation before the wall is sewn up.

The statistic results shown by patients undergoing gastrectomy for ulcus are as follows :—

Year	Gastrectomy for ulcus	Complications		Mortality	
		Number	Percentage	Number	Percentage
1926-27	24	8	33,3	4	16,6
1927-28	24	7	29	3	12,5
1928-29	34	4	11,7	3	8,82

In cases of neoplasia and gastrojejunal ulcer, the results obtained are even better than those obtained in cases of ulcus, but the number of cases is a reduced one and does not permit satistics to be taken.

The results of the bacteriological analyses carried out show that peritoneum in the neighbourhood of the gastrectomy is nearly always infected, sometimes by vulgar germs (b. subtilis, cocus, estaphilococus), sometimes by patogenous germs, proceeding, some from the contents of the digestive tube, others from the ulcerous lesion, even in cases in which the bacteriological analysis of the lesion was a negative one.

From what he has set forth in his treatise and from a detailed study of the progress of the patients operated on by him the author draws the following conclusions :— The gastrectomy is not always an aseptic operation in cases of ulcus, and that it nearly always constitutes a septic operation in cases of neoplasia, and therefore the MIKULICZ drainage ought always to be indicated in gastrectomies for neoplasia, and in most of those for ulcus, in order to avoid the consequences of infection and, consequently, post-operation complications. The progress of the patient after operation is greatly improved. It may be stated that a feeling of wellbeing takes the place of the usual anguish and abdominal pain. The number and intensity of cases of shock have disminished. The MIKULICZ drainage should therefore always be used when an infected ulcus is suspected and whenever bleeding surfaces have been left during the treatment through the removal of adherences or through the dissection of the ulcus. The abundant secretion of liquids which exudes through the MIKULICZ in the first days represents a lympho-sanguineous drainage which is always useful.

In no case where MIKULICZ was applied has supuration set in, thus enabling the elimination of all possibility of external infection.

The healing of the operation wound is only very slightly delayed by the MIKULICZ, provided the points are pressed quite close.

Rupture after the operation has not occurred in a single case, the being attributed to the observation of the following rules.

a) Place the MIKULICZ in the upper part of the incision, immediately below the xyphoidal appendix.

b) Use a small diameter MIKULICZ, taking care that it is pressed close between the points.

c) Cover it with a thin sheet of rubber so that it will not stick to the skin or to the aponeurosis.

The eventration caused by death in one of the cases included in the statistics given, in which the sewing had been done with catgut, has not been reproduced in any other patient since metal thread has been used for the suture.

The radiological examination of the patients treated with MIKULICZ shows that the act of evacuating the stomach is carried out in a perfect and regular manner, any adhesion which might occur having no more importance than in the usual type of gastrectomy.

To resume, the author feels that he has demonstrated in the course of his treatise that the MIKULICZ drainage can be used without the slightest fear, that it ought to be used in all gastrectomies for neoplasia, and that it is of great benefit to patients under gastrectomy for ulcus, above all where the infection of the ulcus might pass unnoticed through the absence of any clinical manifestation, further, that MIKULICZ drainage is indicated in every case of gastrectomy in which bleeding surfaces are left and do not peritonise, and, finally, that we possess in it a safety-valve against faulty or unsuccessful suture.

RESUME

Bien que, depuis pas mal de temps, l'auteur emploie seulement l'anesthésie splanchnique et locale de la paroi chez les malades gastrectomisés, le nombre des complications post-opératoires, surtout pulmonaires, reste élevé dans ses statistiques. La relation de ces complications avec les infections

du champ opératoire le poussa à employer, dans quelques cas de malades d'âge avancé et de mauvaises conditions locales et générales, un drainage subhépatique avec MIKULICZ, afin de drainer toute infection qui se produirait dans le champ opératoire, et grâce à lui, d'éviter les complications d'origine infectieuse, spécialement les pulmonaires.

Le succès obtenu dans les premiers cas l'engagea, à partir du mois d'Octobre 1928, à faire une application systématique d'un MIKULICZ subhépatique à ses gastrectomisés, afin d'avoir une idée claire du bénéfice qu'on peut en obtenir. Les résultats présentés comportent 43 cas correspondants aux mois d'Octobre 1928 à Mai 1929, tous deux inclus. La comparaison de ces résultats avec les cas opérés les années précédentes et à la même époque, lui a permis de conclure que ce recours opératoire est bénéfique et qu'il améliore la statistique de mortalité et de complications post-opératoires.

L'application du MIKULICZ lui a permis de faire une étude bactériologique des régions post-opératoires, qui, jointe à l'analyse bactériologique de la lésion gastrique ainsi qu'à celle du champ opératoire avant la fermeture de la paroi, lui permettent de présenter une étude rapide sur l'infection dans la gastrectomie. Il mit un MIKULICZ dans la région subhépatique, entre le moignon gastrique et le duodenal mais sans qu'il soit en contact avec aucun d'eux, le drainage est traversé par trois tubes de gomme fermés à leurs deux bouts par une ligature. (fig. 1). A l'intérieur de l'extrémité interne des tubes, on place une petite mèche de gaze, qui sort par un orifice latéral situé à quelques deux centimètres de l'extrémité du tube (fig. 2), ce qui permet par capillarité que la gaze de l'intérieur du tube s'humecte, la gaze étant assujetie, ainsi que l'indique la figure, pour qu'elle ne bouge pas quand on retire le tube.

On enlève les tubes au bout de 24, 48 et 72 heures et on fait une culture du morceau de gaze situé à l'intérieur du tube, qui, grâce au dispositif employé, donne une culture pure des germes qu'il pourrait y avoir dans le champ post-opératoire, sans crainte d'être infectée par les autres germes quand le tube est retiré. Pour éviter les adhérences, le MIKULICZ est placé enveloppé d'une fine lame de caoutchouc, on meut le drainage au bout de 7 à 9 jours et on le retire deux jours après. L'ulcus ou néoplasie est examiné bactériologiquement. Le champ opératoire est aussi examiné bactériologiquement au moment de l'intervention, en semant un petit bout de gaze qui s'humecte des sérosités subhépatiques

avant la fermeture de la paroi. Les résultats statistiques sont les suivants :

Années	Gastrectomies par ulcus	Complications		Mortalité	
		Chiffres	o/o	Chiffres	o/o
1926-27	24	8	33,3	4	16,6
1927-28	24	7	29	3	12,5
1928-29	34	4	11,6	3	8,82

On obtient de meilleurs résultats encore dans les cas de néoplasie et d'un ulcus en bouche anastomotique, mais le nombre des cas présentés est très réduit.

Les résultats des analyses bactériologiques effectuées démontrent que le péritoine voisin des sutures de la gastrectomie reste infecté presque toujours, parfois par des germes banaux (b. subtilis, cocus, staphilocoque), d'autres fois par des germes pathogènes, certains procédant du contenu du tube digestif, d'autres procédant de la lésion ulcéreuse, même dans les cas où l'analyse bactériologique de la lesión anatomique reste négative.

De ce qu'il expose et de l'étude détaillée des histoires cliniques de ses opérés, l'auteur conclut : que la gastrectomie n'est pas toujours une opération aseptique dans les cas d'ulcus, et que c'est une opération septique presque toujours dans les cas de néoplasie, c'est pourquoi l'usage du drainage MIKULICZ doit être indiqué dans les gastrectomies par néoplasie et dans la plupart de celles de l'ulcus, afin d'éviter les conséquences d'une infection et par conséquent les complications pulmonaires post-opératoires. Le cours post-opératoire des malades est très amélioré, on peut parler d'une sensation de bien-être qu'ils éprouvent dans les jours suivant l'intervention au lieu de l'angoisse et de la douleur abdominale qu'ils ressentaient auparavant. Le *shock* a diminué en nombre et en intensité.

Le drainage MIKULICZ doit toujours être employé quand on soupçonne un ulcus infecté et quand on laisse à l'intervention des surfaces sanglantes par débarrassement d'adhérences ou dissection de l'ulcus. L'abondante sécrétion des liquides qui exsude à travers le MIKULICZ durant les premiers jours est un drainage sero-lympho-sanguinolent toujours utile. Aucun de

ses cas d'application du MIKULICZ n'a suppuré, ce qui lui permet d'éliminer la possibilité d'une infection externe. La cicatrisation de la blessure opératoire n'est pas très retardée par le MIKULICZ, à la condition de laisser les points bien serrés. La hernie post-opératoire ne s'est présentée dans aucun cas, ce qu'il attribue à l'observation des détails suivants : a) placer le MIKULICZ dans la partie haute de l'incision immédiatement au-dessous de l'appendice xiphoïde ; b) placer un MIKULICZ de petit diamètre et soigneusement serré entre les points ; c) le recouvrir d'une fine lame de caoutchouc pour qu'il n'adhère pas à la peau et à l'aponévrose. L'éventration qui produisit la mort dans un des cas de la statistique présentée, dans lequel il sutura l'abdomen avec du catgut, ne s'est plus jamais produite depuis qu'il suture avec du fil métallique.

L'examen radiologique des malades opérés avec MIKULICZ démontre que l'acte de vider l'estomac se vérifie d'une façon normale et parfaite ; les adhérences qu'il peut provoquer n'ont pas d'importance, de même que n'en ont pas celles qui généralement se produisent dans les gastrectomies.

En résumé, l'auteur croit avoir démontré dans le cours de son exposition que le drainage MIKULICZ peut se faire et est sans danger ; qu'il doit s'employer dans toutes les gastrectomies par néoplasie et qu'en bénéficient grandement les malades gastrectomisés par ulcus, surtout dans les cas où l'infection de l'ulcus aurait passé inaperçue par ne s'être pas manifestée cliniquement ; que le drainage MIKULICZ est toujours indiqué dans toute gastrectomie quand il reste des surfaces sanglantes sans péritoniser ; enfin, que grâce a lui, nous possédons une soupape de sûreté dans les cas de déhiscence de suture.

RIASSUNTO

Nonostante l'autore usi esclusivamente, da molto tempo, l'anestesia degli splacnici e locale della parete, nelle sue gastrectomie, trova elevata la percentuale di complicazioni polmonari post-operatorie nelle sue statistiche. Il ragguaglio di queste complicazioni con le infezioni del campo operatorio, lo portó ad utilizzare in alcuni ammalati di está avanzata ed in cattive condizioni locali e generali, un drenaggio sottoepatico con MIKULICZ, coll'oggetto di drenare qualsiasi infezione che si originasse nella regione operata e per merito di esso

evitarè le complicazioni di origine infettive e specialmente quelle polmonari.

Il successo ottenuto nei primi casi l'animó, a datare dall'Ottobre 1928, a fare un'applicazione sistematica di un MIKULICZ sottoepatico nelle sue gastrectomie col fine di avere un'idea chiara del vantaggio che si potesse ottenere. I risultati che presenta corrispondono a 43 gastrectomie, praticate dal mese di Ottobre 1928 al Maggio 1929, entrambi inclusivi.

Il paragone fra i risultati dei casi presentati, con quelli dei casi operati negli anni precedenti e nella stessa epoca, gli permettono dedurre che questa modalitá operatoria é beneficiosa giacché migliora le statistiche di mortalitá e di complicazioni operatorie ; il corso degli operati cambia di aspetto per completo ed una sensazione di benessere sostituisce l'angoscia ed il malessere che in generale i malati gastrectomizzati presentano durante i primi giorni.

L'applicazione del drenaggio alla MIKULICZ ha permesso all'autore di fare uno studio batteriologico della regione operata nei giorni seguenti all'intervento che, unito all'analisi batteriologico della lesione gastrica e quella del campo operatorio immediatamente prima della sutura della parete, gli permettono presentare un breve studio sull'infezione nella gastrectomie, che serve di base all'indicazione del drenaggio.

L'autore colloca un MIKULICZ nella regione infraepatica, fra il moncone gastrico e quello duodenale peró in tal forma che non sta in contatto con nessuno dei due ; dentro di questo drenaggio (fig. 1) di garza, sono collocati tre tubi di gomma chiusi alle loro estremitá mediante legatura ; nell'estremitá interna dei tubi penetra una piccola miccia di garza che passando per l'interno esce da una breccia laterale situata a circa due centimetri dall'estremitá interna del tubo : dispositivo che gli permette raccogliere una piccola quantitá di sierositá dal fondo della regione operatoria evitando mettersi in contatto nell'estrarsi con gli strati piú esterni del drenaggio. Questi tubi si estraggono dopo 24-48 e 72 ore, seminando immediatamente il pezzettino di garza tolto dall'interno di essi.

Per evitare aderenze, colloca il MIKULICZ, attorniato da una fine foglia di caucciú, lo mobilizza dai 7 ai 9 giorni dopo l'operazione, e lo ritira due diorni dopo.

L'ulcus o neoplasia lo esamina batteriologicamente, cosí come il campo operatorio. Per quest'ultimo semina un piccolo rotolo di garza che umidisce con le sierositá del campo operatorio, prima della sutura della parete.

I risultati statistici che presenta nei malati gastrectomizzati per ulcus é la seguente :

Anno	Gastrectomia per ulcus	Complicazioni		Mortalità	
		cifre	per o/o	cifre	per o/o
1926-27	24	8	33,3	4	16,6
1827-28	24	7	29	3	12,5
1928-29	34	4	11,7	3	8,82

Nei casi di neoplasie o di ulcus in bocca anastomotica, i risultati che ottiene sono anche migliori di quelli ottenuti nei casi di ulcus, peró il numero dei casi é ridotto, ció che non gli permette fare statistische.

I risultati degli analisi batteriologici effettuati dimostrano che il peritoneo vicino alle suture della gastrectomia é quasi sempre infetto, alcune volte da germi banali (b. subtili, cocchi, stafilococchi), altre volte da germi patogeni alcuni procedenti dal contenuto del tubo digestivo, altri precedenti dalla lesione ulcerosa, incluso nei casi nei quali l'analisi batteriologica della lesione era negativa.

Da quanto espone e dallo studio dettagliato delle storie cliniche dei suoi operati, l'autore conclude : che la gastrectomia non é sempre un'operazione asettica nei casi di ulcus, e che costituisce quasi sempre un'operazione settica nei casi di neoplasia, del cui motivo l'uso del drenaggio alla MIKULICZ dev'essere sempre indicato nelle gastrectomie per neoplasia e nella maggioranza di quelle per ulcus, col fine di evitare le conseguenze di un'infezione e quindi le complicazioni postóperatorie. Il corso post-operatorio dei malati migliora molto : si puó parlare di una sensazione di benessere che sostituisce l'angoscia ed il dolore addominale ordinario. Il « shock » é diminuito in numero ed intensitá. Il drenaggio alla MIKULICZ deve quindi usarsi sempre quando si suppone un ulcus infetto e quando nell'intervento si lasciano superfici cruente per liberazione di aderenze o per la dissezione dell'ulcus. L'abbondante secrezione di liquidi che essudano attraverso il MIKULICZ durante i primi giorni, costituisce un drenaggio siero-linfosanguineo sempre utile.

Nessuno dei casi con applicazione del MIKULICZ é suppurato, ció che permette eliminare la possibilitá di un'infezione esterna.

La cicatrizzazione della ferita operatoria non é di molto ritardata dal MIKULICZ, alla condizione di lasciare i punti ben stretti.

L'ernia post-operatoria non si é presentata in nessuno dei casi e ció lo attribuisce all'osservanza delle seguenti regole : a) collocare il MIKULICZ nella parte superiore dell'incisione, immediatamente sotto dell'appendice xifoide ; b) collocare un MIKULICZ di piccolo diametro e cautelosamente stretto fra i punti ; c) ricoprirlo con un sottile foglio di caucciú, perché non si aderisca alla pelle né all'aponeurosi.

L'eventrazione che produsse la morte in uno dei casi della statistica presentata, nel quale la sutura dell'addome era stata fatta con catgut, non si é riprodotta in nessun altro ammalato da quando sutura la parete con filo metallico.

L'esame radiologico dei malati trattati con MIKULICZ, dimostra che l'atto del vuotamento dello stomaco avviene in una forma normale e perfetta ; le aderenze che puó provocare non hanno maggior importanza di quelle medesime che si presentano nelle gastrectomie correnti.

In riassunto, l'autore crede di aver dimostrato nel corso della sua esposizione che il drenaggio MIKULICZ puó adottarsi senz'alcun timore, che deve usarsi in tutte le gastrectomie per neoplasie, e che con esso beneficiano molto i malati gastrectomizzati per ulcus, sopratutto nel caso in cui l'infezione dell'ulcus potesse passare inosservata per non essersi manifestata clinicamente ; che il drenaggio MIKULICZ é sempre indicato in ogni gastrectomia quando rimangono superfici sanguinanti senza peritonizzare ; ed in fine che, grazie ad esso, possediamo una valvola di sicurezza contro la sentenza della sutura.

STRESZCZENIE

Pomimo że autor od dłuższego czasu przy gastrektomji stosuje wyłącznie aneśtezje nerwu *splanchnicus* oraz miejscową ścianki przedniej,statystyki jego wykazują wysoki procent pooperacyjnych komplikacyj płucnych. Związek tych komplikacyj z infekcjami miejsca operowanego spowodowały go do używania dla niektórych pacjentów—mianowicie w wieku podeszłym albo przedstawiających niekorzsystne symptomy lokalne lub ogólne—drenazu podwątrobianego z MIKULICZ'em (t. j. według systemu prof. MIKULICZA), a to aby drenować wszelką infekcję któraby powstała w okolicy operowanej, i zapobiec w ten sposób komplikacjom pochod-

zenia infeckcyjnego, w szczcególności zaś komplikacjom płucnym.

Pomyślny wynik, otrzymany przytem w pierwszych wypadkach, spowodował, ze począwszy od października 1928 roku autor w swych gastrektomjach stosował systematycznie podwatrobiany «Mikulicz» w celu wytworzenia sobie jasnego zdania o korzyściach, jakie da się przez to osiągnąć. Rezultaty, jakie przedstawia tutaj, otrzymał w wyniku czterdziestu i jednej gastrektomij, operowanych przez się począwszy od miesiąca października 1928 r aż do końca maja 1929 r.

Porównanie wypadków, przedstawionych tutaj, z wypadkami za taki sam okres czasu, operowanemi w latach poprzednich, pozwala wyprowadzić wniosek, że taki sposób operowania jest dobroczynny; albowiem polepsza statystykę wypadków śmiertelnych i komplikacyj pooperacyjnych; stan operowanych zmienia się widocznie, lęk i niepokój, opanowywujące zazwyczaj pacjentów w pierwszych dniach po gastrektomji, ustępuja miejsca uczuciu ulgi i polepszenia.

Stosowanie drenażu «Mikulicz» pozwolilo autorowi czynić studja bakterjologiczne okolicy dotkniteej przez operację w dniach bezpośrednio następujących po niej, co, łącznie z bakterjologiczną analizą obrażenia gastrycznego i analizą miejsca operowanego bezpośrednio przed zszyciem ścianki przedniej, pozwala mu przedstawić niniejsze studjum co do infekcji przy gastrektomjach, jako podstawy wskazania stosowania przy nich drenazu.

Autor umieszcza «Mikulicz» w okolicy podwątrobianej, między odrostkiem gastrycznym i kiszką dwunastopalcową, ale w ten sposób, że niedotyka on ani pierwszego ani drugiej; wewnątrz tego drenażu z gazy (fig. 1) umieszcza się trzy rurki gumowe, zawiązane na swych końcach; przez otwór zewnętrzny rurki, która pozostanie wewnątrz podbrzusza, przenika mały knotek z gazy, który przechodząc przez wnętrze rurki, wysuwa się przez jej otwór boczny, umieszczony na, mniej więcej, dwa centymetry od jej końca (fig.2); podobne umieszczenie pozwala na otrzymanie niewielkiej ilości serum z głębi okolicy operowanej, unikając przytem zetknięcia się jego, przy wydostawaniu, z częściami drenazu dalej nazewnątrz. Rurki te wyjmują się po 24, 48 i 72 godzinach, zakładajac niezwlocznie kulture z kawałeczka gazy, umieszczonego wewnatrz rurki.

Dla uniknięcia przystania, «Mikulicz» umieszcza się

obwinięty cieniutką płytką kauczzuku; po 7 — 9 dniach po operacji się uruchomia i w dwa dni później wyjmuje.

Wrzód lub nowotwór badają się bakterjologicznie, jak równiez miejsce operowane. W tym ostatniem celu zakłada się kulturę z maleńkiego kłębka gazy, zwilżonego w serum miejsca operowanego przed zszyciem brzegów.

Rezultaty statystyczne, otrzymane u pacjentów, gastrektomizowanych z powodu wrzodu, są następujące :

Rok	Gastrektomja z powodu wrzodu	Komplikacje		Smiertelnosc	
		ilość	o/o	ilość	o/o
1926-27	24	8	33,3	4	16,6
1027-28	24	7	29	3	12,5
1928-29	34	4	11,7	3	8,82

Jeszcze lepszemi są rezultaty, otrzymane przy operacjach nowotworów i wrzodu *ulcus gastro-jejunal;* ale niewielka ilość tych operacyj nie pozwoliła autorowi robić zestawień statystycznych.

Rezultaty przeprowadzonych analiz bakterjologicznych wykazały, ze błona brzusna w sąsiedztwie zeszyć gastrektomicznych jest prawie zawsze infekcjonowana, czasami przez fermenty zwykłe (B. subtilis, cocus, staphilococus), innemi razy przez fermenty patogeniczne, z których jedne pochodzą z zawartości rury pokarmowej, inne zaś z obrażeń wrzodowych; i to nawet w wypadkach, kiedy analiza bakterjologiczna obrażenia anatomicznego dała rezultaty negatywne.

Z tego co się tu przedstawia i z drobiazgowego studjum operowanych przez się klinicznych wypadków, autor dedukuje: że gastrektomja w wypadkach wrzodu nie zawsze jest operacją aseptyczną; w razie ząs nowotworu przedstawia prawie zawsze operaćje septyczną; wobec tego stosowanie drenażu Mikulicza jest zawsze wskazane przy gastrektomjach wskutek nowotworu, oraz w przeważnej ich ilości wskutek wrzodu, a to aby uniknąć infeckcji i we jej następstwie komplikacyj pooperacyjnych. Dzięki temu drenażow i przebieg okresu pooperacyjnego przedstawia się o wiele korzpstniej; niepokój a zwykły ból w podrbrzuszu ustępują miejsca błogiemu uczuciu polepszenia się; wypadki

apatji i pognębienia zmniejszają się tak co do ilości, jak i intensywności. Drenaż więc syst. Mikulicza powinien stosować się zawsze, kiedy się przypuszcza istnienie wrzodu zakażonego i kiedy po operacji pozostają powierzchnie krwawiące po usunięciu adherencyj lub przecięciu wrzódu. Obfity wysiak, jaki wycieka w przeciągu pierwszych dni przy zastosowaniu syst. Mikulicz, przedstawia drenaż sero-limfo-krwawy, zawsze pożyteczny.

W żadnym z wypadków zastosowania syst. Mikulicza nie było tworzenia się gnoju, co pozwala wykluczyć możliwość zewnętrznej inkekcji.

Przytem zabliźnianie się rany operacyjnej nie opóźnia się o wiele, pod warunkiem, że brzegi jej będą dobrze do siebi przyciśnięte.

W żądnym z wypadków nie powstała przepuklina poope racyjna, co autor przypisuje zachowaniu następujących przępisów: a) należy umieścić «Mikulicz» w części wierzchniej wcięcia, bezpośrednio pod *apendix xiphoideus;* b) umieszczać «Mikulicz» niewielkriego diametru i starannie przyciśnięty między brzegami; c) pokryć go cienką płytką kauczuku, aby nie przystał do skóry ani do *aponeurosis.*

Otwarcie się szwu które spowodowało zgon w jednym z wypadków objętych wyżej przytoczoną statystyką, przyc em do zszycia podbrzusza użyto *catgut*'u, nie powtórzyło się w żadnym innym wypadku, odkąd autor używa nici metal owej.

Badanie radjologiczne chorych, traktowanych z zastoso waniem Mikulicz'a wykazuje, że wypróżnianie się żołądka uskutecznia się w spośob normalny i doskonały; arherencje jakie może spowodować, nie mają więcej znaczenia, niż adherencje przy zwykłych gastrektomjach.

Streszczając wyżej powiedziane, autor myśli, że udało mu się dowieść, iz drenażu Mikulicza można uzywac bez najmniejszej obawy; że należy go stosować przy wszystkich gas trektomjach wskutek nowotworu, i ze mu dużo zawdzięczają pacjenci, poddani gastrektomji wskutek wrzodu, szczególnie w wypadkach, kiedy infekcja wrzodu mogłaby pozostać niespostrzeżoną dlatego że się nie zamanifestowała kliniczne; ze drenaż Mikulicza jest zawsze wskazany przy wszystkich gastrektomjach, kiedy pozostają krwawiące powierzchnie bez zszywania błony brzusznej; i, nakoniec, że posiadamy w nim klapę bezpieczeństwa przeciwko otworzeniu się szwu.

*
* *

Le Dr. J. ABADIE, d'Oran, laissant de côté le parallèle entre la gastro-entérostomie et la résection, question qu'il a envisagée en ce qui le concerne dans plusieurs publications antérieures, notamment à la Société de Chirurgie et aux Congrès de chirurgie, expose uniquement les résultats que lui a donnés la résection. Sur 385 opérations pour ulcères de l'estomac ou du duodénum, qu'il lui apparaît conforme de distinguer en proches (288) et distants du pylore (97), il compte 320 résections duodéno-gastriques (301 Billroth II, II Polya, 8 Péan) avec 5,6 % de mortalité. Il insiste sur la préparation préopératoire, la rachianalgésie, l'emploi de l'écrasement, l'utilisation de la pince-couplée ; des projections montrent des « tours de main » qui contribuent à accroître la sécurité d'asepsie et la rapidité d'exécution de ces opérations gastriques si bien réglées. Des aquarelles signalent les lésions et l'étendue des exérèses.

Les résultats éloignés donnent une proportion de 90 % de guérisons dont la moitié concerne des opérés de plus de cinq ans déjà. Sur 320 opérés, il a observé 6 ulcères peptiques : pas un sur les porteurs d'ulcères distants du pylore. C'est un argument de plus en faveur des résections larges.

Tant que la médication véritablement causale de la maladie qu'est l'ulcère de l'estomac ne sera pas trouvée, la résection large duodéno-gastrique apparaît de plus en plus comme la méthode chirurgicale de choix.

* * *

M. le Docteur HANSEN
est invité à présider à la suite des discussions.

Sur le traitement opératoire de l'ulcus gastrique et duodénal

M. DONATI,
Professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Turin (Italie).

Dans le traitement opératoire de l'ulcus gastrique et duodénal je suis d'opinion que l'on ne doit pas être exclusiviste.

On ne peut pas dire : « je suis partisan de la gastro-entérostomie » ou « je suis partisan de la résection », mais l'une

et l'autre opération ont leur indication suivant les cas. Il est certain que la gastro-entérostomie peut guérir bien de cas d'ulcus ; Mr. Biancheri, mon ancien aide de clinique lorsque j'étais professeur à Modène, a pu revoir tout-à-fait récemment 25 opérés de g.e. pour ulcus duodénal ou juxtapylorique qui se portent tous très bien 8-14 ans après la g. e. Et à côté de ces cas j'en pourrais citer maints autres.

Mais j'ai le cas aussi où la g. e. n'a pu éviter successivement ni l'hémorragie, ni la dégénérescence cancéreuse de l'ulcus, ni l'ulcus peptique jéjunal ; ces cas, traités avec la résection, seraient très probablement guéris.

Dans les ulcères calleux, dans les ulcères qui sont perforés dans le foie ou le pancréas, dans les ulcères qui saignent beaucoup, dans les sténoses cicatricielles, dans les ulcères multiples et surtout dans les ulcères de la petite courbure, qui sont particulièrement prédisposés au cancer, la résection est indiquée si les conditions générales et locales la permettent.

La résection limitée, ou excision, peut être faite, mais à condition de faciliter l'évacuation de l'estomac avec g. e. complémentaire presque constamment ; l'exclusion pylorique, le Billroth I sont des opérations auxquelles il faut renoncer parce qu'elles favorisent la formation d'ulcères peptiques sur la bouche anastomotique.

Comme méthode de résection je préfère donc la Billroth II avec les modifications de Reichel ou de Hofmeister.

Pour la technique, je n'envisagerai qu'un point, c'est-à-dire la façon de traiter le duodénum dans les cas d'ulcère étendu à la deuxième portion.

Tous les chirurgiens insistent sur les difficultés très grandes que la résection présente en ces cas, et à cause de cela ordinairement ils y renoncent. Mais au contraire c'est dans ces cas qu'il faut réséquer si l'on veut éviter le danger d'hémorragies, d'autant plus que ces ulcères cicatrisent très difficilement, parce qu'ils sont généralement perforés et adhérents au pancréas.

Je tourne la difficulté par la technique suivante : ouverture franche du duodénum, le plus près possible du pylore si l'ulcère est de la paroi postérieure ou médiale ; ouverture au-dessous et le plus près possible de l'ulcère si celui-ci est situé dans la paroi antérieure. Cette ouverture permet d'inspecter la muqueuse et de reconnaître parfaitement les limites de la lésion, sur lesquelles on règle la résection de la paroi duodénale.

On fait en définitive une *excision* de l'ulcère en conservant le plus possible de la paroi duodénale, qui nous permettra toujours de fermer et d'enfoncer le moignon sans aucune tension.

Il va sans dire que, au commencement de l'opération, l'on aura bien mobilisé le duodénum par l'incision du péritoine pariétal. La fermeture du moignon est exécutée à deux plans, le profond avec catgut à toute épaisseur, le superficiel au fil de soie et, quand la situation le permet, en bourse de tabac.

Avec la première suture j'arrive toujours au contact parfait des séreuses.

*
* *

Dr. ANTIPAS

Messieurs,

Je dois féliciter les éminents Collègues d'avoir si magistralement élucidé, dans leurs rapports, la totalité des problèmes de la résection de l'estomac. Vous me permettrez ensuite d'oser vous dire en deux mots mon opinion, qui se dégage d'une pratique personnelle de trente ans de chirurgie gastrique.

Dans le Congrès médico-chirurgical tenu en Grèce il y a exactement deux ans et dans lequel j'étais rapporteur sur la même question qui nous occupe aujourd'hui, bien que je concluais en faveur de la résection pour les cas déterminés, je déclarais que la gastro-entérosto-anastomose constituait pour le moment la base de la thérapeutique chirurgicale des ulcères gastro-duodénaux. Et je n'ai pas changé d'avis depuis. Car nous aurons beau dire que les résultats de la résection sont à tous points de vue supérieurs à ceux de la simple gastro-entérostomie, nous ne serons pas moins forcés, en réalité, de recourir à cette dernière beaucoup plus fréquemment qu'à la première. C'est au moins ce qui ressort de mon expérience aussi bien que des statistiques de mes collègues d'Athènes les plus enclins à pratiquer la résection. Les motifs en sont connus de tous et les rapporteurs les ont mis en relief ; je n'insiste pas. Force est donc d'examiner s'il est vrai que la gastro-entérosto-anastomose pure et simple n'est qu'une opération palliative, qu'elle a les inconvénients dont les ultra résectionnistes aiment à la surcharger et que ces inconvénients sont aussi fréquents qu'on le dit. Pour ma part, Messieurs, je ne le pense pas. L'ulcère peptique, je l'ai rencontré rare-

ment, à peine dans une proportion de 1,5 % de mes cas. Il s'agissait de malades qui n'avaient pas pu suivre un régime alimentaire convenable après l'opération, surtout chez des soldats qui furent indûment envoyés au front pendant la dernière guerre, deux ou trois mois après leur anastomose. Cette complication d'ailleurs n'est pas fatale.

J'ai observé, il est vrai, des gastro-entérostomisés pour ulcère simple ou calleux qui ont ultérieurement succombé au cancer ; mais je considère que cette éventualité est assez rare : par contre, j'ai vu d'énormes ulcères calleux céder d'une manière inattendue à la simple gastro-entérosto-anastomose avec un résultat éloigné remarquable.

Tout cela, Messieurs, ne veut point dire que je n'admette pas le progrès réalisé par la résection dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux ; tout au contraire, puisque je suis le premier, je crois, chez nous à avoir pratiqué la résection pyloro-gastrique large il y a déjà plus de vingt ans avec un résultat heureux. Seulement, je résèque dans les cas bien choisis ; autrement la mortalité opératoire sera toujours élévée quoiqu'on en dise. La meilleure conduite à tenir serait naturellement de procéder à la résection en deux temps, mais j'ai remarqué ceci : le plus souvent le malade, une fois remis de sa première opération, comme il commence à se nourrir et se sent ressuscité, il remercie son chirurgien et ne veut plus entendre parler d'une autre intervention. Il faut espérer qu'avec le temps l'éducation du public se fera sur ce point et l'on arrivera à pouvoir intervenir le plus précocement possible et dans les meilleures conditions locales et générales.

Un mot encore sur les contrindications de la résection. Mr. le Prof. Ribas, dans son rapport, propose d'exclure de la résection les anémiques entre autres et conseille de les soumettre à la simple gastro-entérosto-anastomose ; je pense le contraire. Un malade porteur d'un ulcère simple ou calleux qui saigne d'une façon ou d'une autre et qui provoque l'anémie même la plus accentuée, ce malade est, à mon avis, justificiable d'une résection urgente en un temps, après une préparation par des moyens ad hoc, naturellement. J'ai des observations personnelles frappantes que j'ai communiquées devant nos Sociétés de Médecine et de Chirurgie d'Athènes. D'une part des malades anémiques porteurs d'ulcères hémorragiques qui sont morts après une gastro-entérosto-anastomose simple, d'autre part des malades de la même catégorie qui ont parfaitement guéri après une résection pylorogastrique large. A ce point de vue et toutes choses égales

d'ailleurs, ces anémiques ulcéreux, quand ils ne sont pas en même temps infectés, se trouvent dans les mêmes conditions, que les femmes exsangues à la suite de rupture d'une grossesse extra-utérine et qui cependant guérissent tout simplement après l'hémostase opératoire.

Le procédé opératoire que j'ai employé invariablement jusqu'à présent pour mes résections est le Billroth II. Je commence par une gastro-entéro-anastomose postérieure transmésocolique. Cette manière m'a donné toute satisfaction ; je la trouve pratique et très simple.

*
* *

Résultats des gastro-pylorectomies pour des ulcères peptiques

par JOSEPH PODLAHA,
Agrégé à Brno, Tchécoslovaquie.

Le problème du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux n'est pas encore définitivement résolu, mais nous sommes, à la clinique de mon maître M. le Prof. J. Petrivalsky à Brno, Tchécoslovaquie, partisants des gastrectomies radicales (pour les affections peptiques, gastroduodénales et gastro-jéjunales) depuis 1923.

En voyant les mauvaises issues avec les méthodes palliatives (comme gastro-entérostomies, l'excision de l'ulcère, résection en selle et aussi avec les méthodes plus radicales comme est la résection transversale), nous avons choisi seulement une résection large de l'estomac, du pylore et de la partie supérieure du duodénum. Même quand l'ulcère ne peut pas être excisé à cause de sa position très haute, ou à cause de sa pénétration profonde dans le pancréas, nous pratiquons l'antrectomie en laissant l'ulcère en place, la gastrectomie palliative.

La gastrectomie est d'après nos expériences la seule méthode qui puisse donner des résultats définitifs dans le traitement des ulcères peptiques gastro-jéjunaux et jéjunaux dans la gastro-entérostomie. La méthode de choix est pour nous de réséquer la moitié ou les deux tiers de l'estomac pour diminuer ainsi la partie sécrétrice de la muqueuse gastrique et supprimer l'effet réflectorique du pylore et de la partie supérieure du duodénum, cause de l'hypersécrétion.

Résection faite, nous fermons le moignon duodénal d'après la méthode de Moynihan, et la sortie de l'estomac est ensuite faite d'après la méthode de Billroth II dans sa modification de Reichel et Krönlein, en suturant la lumière orale de l'estomac réséqué sur la première anse du jéjunum par la voie transmésocolique. Notre modification de réséquer la paroi antérieure de l'estomac à la grande courbure en forme ovale (d'un lobule large) nous a donné des résultats satisfaisants, car elle élargit notamment l'issue anastomotique et les incisions de la paroi antérieure et postérieure se trouvent obliquement situées l'une au-dessus de l'autre si bien qu'elles ne peuvent sténoser l'issue en cas de cicatrisation définitive et finalement. cette prolongation de la paroi antérieure joue le rôle de cascade, où le contenu de l'estomac peut couler sans interruption dans le jéjunum. Avec l'anastomose anisopéristaltique nous n'avons pas eu de bons résultats.

Nous n'employons jamais de pince-serres intestinaux compressifs de crainte de traumatiser trop la muqueuse gastrique et jéjunale, et jusqu'à présent nous n'avons pas eu un seul cas d'ulcère jéjunal post-opératoire.

La méthode de Péan-Rydygier dénommée à tort la méthode de Billroth I nous paraît être plus physiologique que celle de Billroth II et toutes ses modifications. Mais comme nous le voyons par nos expériences, la méthode de Billroth I nous donne des résultats incomparablement moins bons que celle de Billroth II favorisée par nous. L'expérience de M. le Prof. Kostlivy de Bratislava prouve de même cette constatation d'une façon tout à fait persuasive.

Nous contrôlons tous nos malades avec la gastrectomie pour les ulcères peptiques et régulièrement nous les invitons à se présenter au bout de 3 mois, puis après un an et ensuite dans l'intervalle de chaque année, et nous examinons le chimisme de leur suc gastrique et le mode d'évacuation de l'estomac par les rayons X.

Tandis que les sujets traités par la méthode de Billroth I ont eu une évacuation ralentie de l'estomac, même chez un d'eux on a vu la récidive de l'ulcère dans la suture, ceux traités par notre méthode après 3 premiers mois ont eu l'évacuation de l'estomac réséqué accélérée, avec des diarrhées. Cette accélération s'est corrigée au cours de la première année si bien que les malades ont perdu toutes leurs souffrances. Il n'y en eut que 2 chez lesquels, au bout d'un an, l'évacuation de l'estomac soit restée ralentie à cause de la périjéjunite post-opératoire.

Nous avons examiné leur chimisme gastrique en série. Après la gastrectomie on ne peut pas, même après un temps plus long, déceler la présence de l'acide chlorhydrique libre, tandis que chez ceux traités par la méthode de Billroth I et après la gastro-entérostomie, dans 50 pour 100 des cas, la valeur de l'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique reste la même qu'avant l'opération. L'acidité totale après les gastrectomies, en examinant par la méthode fractionnée au cours de la première heure après le repas, est représentée par les valeurs croissantes de 20 à 35. L'acidité totale est évaluée par la lessive de sodium décinormale nécessaire pour la neutralisation de 100 ccm de suc gastrique. Au cours des deux heures suivantes l'acidité totale va descendre à la valeur de zéro.

La mortalité immédiate postopératoire de toutes nos gastrectomies est de 4,6 pour 100 de 610 cas opérés.

Les ulcères de la petite courbure traités par notre méthode se sont guéris dans une proportion de 98 pour 100. Les ulcères du pylore, de 82 pour 100. Les ulcères duodénaux ont une mortalité immédiate moins élevée, mais leur guérison est moins heureuse c'est-à-dire 76 cas pour 100. La valeur moyenne est alors de 85 pour 100.

Les échecs opératoires immédiats ont été causés par hémorragie dans la lumière intestinale, par nécrose pancréatique, par péritonite de suture relâchée, par nécrose du moignon duodénal, par abcès sousphrénique et par inanition.

La résection des ulcères gastriques perforés ont eu des résultats pires que les résections des ulcères duodénaux perforés. Les résultats de résection palliative pour ulcère duodénal et pour ulcère situé sous le cardia sont encourageants. On a opéré de cette façon 12 cas.

Sur 11 ulcères gastro-jéjunaux un seul cas a été malheureux par suite d'occlusion intestinale, chez les autres les résultats éloignés sont excellents. Deux ulcères peptiques jéjunaux perforés dans le colon transversal se sont guéris, après résection, bien et définitivement.

De même les gastrites ulcéreuses, dont on a opéré 8 cas avec des ulcères superficiels et profonds au nombre de 30-40, d'étiologie infectieuse, ont eu des résultats meilleurs après la résection qu'après la gastro-entérostomie.

La gastro-entérostomie reste alors à notre clinique réservée aux malades obèses, cachectiques et diabétiques, et elle joue le rôle de préparer seulement le malade pour l'antrectomie qui suit en deuxième temps. Six gastrectomies faites de cette façon ont bien réussi.

Toutes les résections ont été faites sous anesthésie locale à la novocaïne à 1/2 pour 100 et sous anesthésie splanchnique.

Les résultats éloignés de la gastro-duodéno-pylorectomie sont d'après nos expériences incomparablement meilleurs que ceux d'autres méthodes chirurgicales plus conservatrices.

***

A comparative Estimate of the Value of Gastro-jejunostomy and of Gastrectomy in the Treatment of gastric and duodenal Ulcers

By

Professor ARCHIBALD YOUNG,

B.Sc., M.B., C.M. F.R.F.P.S.G., F.A.C.S. (Hon.).

University of Glasgow.

Mr. President and Gentlemen,

I appear here to-day not as the advocate, but rather as the resolute opponent of Gastrectomy in the routine treatment of gastric and duodenal ulcer. I am convinced of the necessity for taking a strong line on this matter.

Limited Field of Application of Gastrectomy.

It is true that, in cases of gastric carcinoma, gastrectomy, even of a fairly extensive nature, may be, and often is, the only surgical procedure possible. That may be accepted as beyond dispute.

In non-malignant conditions of the stomach however I believe that gastrectomy is rarely advisable, or indeed, justifiable, as a routine procedure. Exception may be made in the case of certain ulcers of the lesser curvature, crateriform ulcers of the cardia, ulcers associated with hour-glass deformity, and a few cases where the whole pyloric segment of the stomach is extensively involved in the ulcerative process, and its functional value is profoundly prejudiced. In these gastrectomy may be the operation of choice.

In respect of duodenal ulcers, and especially the chronic duodenal ulcer, I am wholly opposed to the adoption of gastrectomy as a method of treatment.

Gastro-Jejunostomy preferred to Gastrectomy.

Even as I oppose the adoption of gastrectomy, I advocate most strongly the operation of gastro-jejunostomy in the treatment of most gastric ulcers and of all duodenal ulcers. Time will permit of only a brief citation of the arguments for and against.

The Argument from the Statistics of the Results of these two Methods of Treatment.

The first and, I think, a very important argument that I would advance is that the efficacy of gastro-jejunostomy has already been established from statistics. It has been proved by these that gastro-jejunostomy is a reliable remedy for the duodenal ulcer, the pyloro-duodenal ulcer, or pyloric ulcer, and for many ulcers of the pyloric segment of the stomach, and even of the lesser curvature. If statistics can prove anything, then it seems to me the case for gastro-jejunostomy is already proved, and I am not convinced, on any figures which have yet been submitted, *and which can be relied upon,* that the percentage of cures after gastrectomy is any higher, if, indeed, as high.

In the *Lancet* of April 7, 1923, two of my colleagues (Drs A. J. Hutton and J. S. Buchanan) and myself published a statistical report bearing on the efficacy of gastro-jejunostomy, and our figures were arrived at not merely on the basis of our own personal observation and opinions, but as the result of answers received from patients at varying periods of time after the operation. The answers were in reply to a comprehensive *questionnaire* which we issued to them. I believe that an estimate of results, based on replies from the patients themselves, may reasonably be taken as the most reliable which one could submit. The *questionnaire* was as follows :

1) How long had you been unwell before coming to hospital (in years)?

2) How have you been since?

3) Have you made a complete recovery?

4) Do you have now, or at any time, any of your former symptoms?

5) Do you take food well?

6) Do you have any pain after food now?

7) Do you have any trouble with the bowels?

8) Have you gained or lost weight since treatment or operation?

9) Have you ever any sickness, vomiting or bleeding (by mouth)?

10) Have you had any bleeding by bowel (or tarry motions) since treatment?

I have been interested to observe that the *questionnaire* issued by my friend Dr Schoemaker recently bears a close resemblance in its terms to the above.

A critical analysis of the functional results in our cases showed that *83 per cent* were above a line which we called the « considerable improvement line ». Our experience since more than bears out this figure, and I am quite certain that our percentage would now be considerably higher. But let us take that figure as it stands.

Or take the statistics of Balfour, in 1925, from the Mayo Clinic, which, I think, may be accepted without any question. They were based on a critical analysis of 1,000 cases of chronic duodenal ulcer treated by simple gastro-jejunostomy more than ten years before. *88 per cent* reported satisfactory relief.

Perhaps even more striking still are the statistics more recently advanced by Dr. W. J. MAYO, referring to a group of over 100 medical men in whom he had carried out the operation. Here again the percentage of cure was well above *80*.

Contrast with these statistics such statistics as are available from the advocates of gastrectomy. Dr RIBAS-RIBAS in his Paper at this Congress gives *80 percent* of satisfactory end-results. SCHOEMAKER, whose preliminary statement bears the stamp of absolute sincerity, and who bases his results on 350 cases of gastrectomy, all according to the Billroth I method, claims *82 per cent* of definite cures. On the other hand, we have the figures of ZAORSKI who claims a percentage of *92.4* satisfactory results after gastrectomy. This last figure, frankly, I accept with some hesitation, but even so it is only *4 per cent above* the level of cures recorded by BALFOUR after gastro-jejunostomy.

The Argument based on the relative Risk of the two types of Operation.

The statistical argument based on functional results presents one side of the picture. The other side is concerned with the relative gravity and the mortality rates in the two procedures.

There is no doubt, — there can be no doubt, — that the operation of gastrectomy is an infinitely more severe operation in almost any circumstances than is the operation of gastro-jejunostomy. No one of us, if he be honest, will deny it.

Dr RIBAS-RIBAS quite definitely states that « gastrectomy is an excellent operation which is, however, followed by an excessive mortality ».

Dr BARTRINA states that « gastrectomy accompanied by excision of the pylorus is a serious operation. A study of its results does not enable us to conceal the very high mortality it is followed by ».

SCHOEMAKER, with all his expertness, is bound to admit that the death-rate in his 350 cases might have been reduced to *3 1/2 per cent* instead of *5 per cent*, had he adopted gastro-jejunostomy instead of gastrectomy in a considerable group of the cases.

Dr ZAORSKI's statistics give no indication, so far as I have been able to make out, of his operative mortality.

It is hardly necessary to do more than mention some of the additional risk factors which have to be added in the case of gastrectomy, and which are either absent entirely or are comparatively negligible in the case of gastro-jejunostomy. Some of these are the following :— injuries to the pancreas, injuries to the bile ducts, haemorrhage, lung complications, infection, peritonitis, increased liability to shock, contingent largely upon the increased duration of the operation, and so on.

I am glad to see that Dr Schoemaker, with his customary frankness and freedom from prejudice, now announces that he proposes in future to employ gastro-jejunostomy as a routine procedure, for duodenal ulcer at least. And I am also glad to see that he dismisses the argument of the possible occurrence of the peptic jejunal ulcer which is commonly advanced in favour of the choice of gastrectomy in place of gastro-jejunostomy. He states quite definitely that no peptic jejunal ulcer had occurred amongst his cases. That is in keeping with our experience after gastro-jejunostomy.

The Peptic Jejunal or Gastro-Jejunal Ulcer.

In a surgical experience of now a good many years I have seen only four cases that would fall within this category. Three of these were not originally my patients. They had had a gastro-jejunostomy performed elsewhere and under somewhat disadvantageous conditions. One had a gastro-jejuno-colic fistula. In another, there was a jejunal ulcer associated with hernia of the small bowel into the lesser sac of the peritoneum. The gastro-jejunostomy in this case was carried out in India, in somewhat of a hurry, and in the presence of anaesthetic difficulties. In the third case I was called upon to operate on a patient who had a perforation of a jejunal ulcer close to the site of a previous anastomosis which had been made anteriorly some time after a perforation of a pyloric ulcer. This is the only case that I can find in the literature which recovered after operation for a perforation of a jejunal ulcer of this type.

The fourth case is, in fact, the only one which has occurred in our own series. The man was operated on a few months ago because of a jejunal ulcer which gave rise to symptoms for the first time four years after what appeared to be a successful gastro-jejunostomy. The cause in this case was not clear, but it is known that the man was completely careless in his diet, and was a confirmed alcoholic.

Our percentage then of occurrence of the peptic jejunal ulcer has been less than *a half per cent.* Naturally, I do not include the other three cases in the assessment of our percentage.

The Importance of a Considered Judgment on this Subject.

At a Congress like this, when surgeons from all the world are considering an important subject such as this, and when the results of our deliberations may be expected to influence in some degree current surgical doctrine, it is important that both sides of the argument should be carefully weighed.

Gastrectomy, whether limited or extensive, is no doubt an interesting physiological and surgical experiment. But we must remember that it is an expirement carried out not upon ourselves, or even upon the dog. It is an experiment carried out upon our patients, and they, not we, have to suffer any ill-effect which may result.

I do not believe that, in the treatment of a condition, or conditions, which experience has proved can be cured, or

at least very substantially alleviated, in from *80 to 90 per cent* of cases by a surgical procedure (gastro-jejunostomy) comparatively free from risk, we are justified in adopting another surgical procedure (gastrectomy) which is fraught with infinitely greater danger, and which can procure little, if any, better functional result.

Other Arguments against Gastrectomy.

There are, of course, many other arguments against the routine adoption of gastrectomy to which reference might be made did time permit. Various writers, as for example BERG, have drawn attention to the more or less serious functional disturbances following operation, which seem to be due, at least in part, to the small size of stomach remaining — persistent weakness, giddiness, sweating, and the like; and there are also the possible occurrence of one or other of the blood diseases, and even pernicious anaemia.

It is well to remember that the stomach is a necessary organ, and that the removal of a considerable portion of such a necessary organ is bound to disturb more or less profoundly the whole economy and function of the body. This may be justified where one is dealing with malignant disease, but short of such an excuse, justification is by no means easy.

The Perforated Ulcer.

In the various opening Papers, and in the discussion so far, little if any reference has been made to the question of the perforated ulcer, whether gastric or duodenal. What is to be done about it ? What lesson may be learned from it ?

In my Clinic, cases of perforation are amongst our most common surgical emergencies. In the last two years we had between *50 and 60 cases* of perforation, chiefly of pyloro-duodenal or duodenal ulcer. In the previous five and a half years we had between *70 and 80*. In a Paper published in 1928 in the volume on « *Gastro-Intestinal Diseases* », from the James MacKenzie Institute, St. Andrews, I referred at length to those cases of perforation, and to the methods we employed in dealing with them. Suffice it to say here that we are satisfied as a rule with a simple infolding of the ulcer, and, occasionally, local drainage of the peritoneum. Our immediate results have been surprisingly satisfactory, but an interesting side-light which has emerged is that, even in many cases where the location of the perforated ulcer was such as to

suggest the likelihood of recurrence of symptoms of ulcer, or the development of pyloric stenosis, neither of these happenings has in fact followed. In very few of our cases of perforation has there been any recurrence of symptoms, or the development of stenosis. I suggest that. in this observation, we have a valuable indication afforded us by Nature towards a simplification of the treatment of these ulcers.

***

Résultats de la résection gastrique pour ulcères, d'après une série intégrale de 146 cas

par le Dr. YVES DELAGENIERE, du Mans (1).

Les idées que je vous soumets aujourd'hui reposent sur l'étude de 146 cas de résection d'estomac pour lésions macroscopiquement ulcéreuses, dont 140 cas appartenant à mon père et 6 cas personnels.

Nous pratiquons la résection de l'estomac pour trois types de lésions différentes : cancer d'estomac, ulcère d'estomac, ulcère du duodénum.

Si dans les cas de cancer encore extirpable tout le monde semble d'accord pour considérer la résection comme le traitement de choix, dans le cas d'*ulcère gastrique* les avis sont encore partagés. Les partisans de la gastro-entérostomie simple avaient beaucoup perdu de terrain lorsqu'en un livre récent mon maître, M. le Pr. Hartmann est venu leur donner l'appui de sa haute autorité ; peut-être serait-il bon cependant de connaître la valeur exacte des faits sur lesquels repose son opinion.

Toute la discussion tient en deux points : 1° l'ulcère gastrique se cancérise-t-il de façon fréquente, ce qui rend sa résection systématique indispensable ? ; 2° quelle est la mortalité opératoire de la résection gastrique pour ulcère ?. Ces deux points sont étroitement liés ; et discuter du premier sans apporter les chiffres de mortalité opératoire, c'est souvent masquer la véritable cause qui fait prendre parti contre la résection.

(1) A titre exceptionnel, le Secrétaire général a été autorisé à lire les conclusions de ce travail dont l'auteur a été empêché, pour cause de santé, d'assister au Congrès.

I. — Nécessité de la résection pour ulcère gastrique

Pour quelles raisons réséquons-nous systématiquement les ulcères gastriques ? Elles se réduisent à deux : 1° c'est que trop souvent la gastro-entérostomie ne suffit pas à assurer la guérison ; 2° c'est que dans un nombre de cas élevé l'*ulcère diagnostiqué tel macroscopiquement au moment de l'intervention* se révèle cancéreux à l'examen histologique ou se cancérise ultérieurement.

J'insiste sur la formule précise que je viens d'employer. Comme l'a si clairement exprimé M. Lecène à la Société de Chirurgie à Paris, peu importent à la vérité les discussions histologiques entre ulcère cancérisé et cancer ulcéré. Un seul fait compte : *le diagnostic macroscopique posé au cours de l'intervention*, diagnostic qui commande ou non la résection pour les chirurgiens qui hésitent encore à la pratiquer systématiquement pour l'ulcère simple.

a) La gastro-entérostomie ne suffit pas toujours à assurer la guérison de l'ulcère.

Sur un total de 146 cas de résection pour ulcère, mon père et moi avons réopéré 17 malades qui avaient subi antérieurement une gastro-entérostomie. Six de ces malades n'ont subi comme deuxième temps opératoire que l'exclusion du pylore telle que mon Père l'a longtemps employée avant de pratiquer systématiquement la résection ; ces exclusions secondaires ont été exécutées dans un délai qui variait de 6 mois à 7 ans et demi après la gastro-entérostomie, soit pour persistance des douleurs (4 cas) soit pour circulus viciosus (2 cas). Beaucoup plus intéressants sont les 11 autres cas, dans lesquels fut pratiquée la résection d'estomac dans un délai variant de 3 mois à 11 ans après la gastro-entérostomie : dans tous ces cas en effet il a été possible de pratiquer l'examen histologique de la pièce enlevée. Cet examen histologique a révélé : dans 7 cas des lésions de gastrite ulcéreuse avec lésions ulcéreuses en évolution ; dans 3 cas un ulcère calleux également en évolution, dont l'un chez un malade gastro-entérostomisé *avec exclusion* du pylore 4 ans avant la résection ; enfin un dernier malade fut réopéré deux mois après la gastro-entérostomie et l'examen histologique de la pièce révéla un ulcère cancérisé.

Ainsi la gastro-entérostomie simple s'est montrée notoirement insuffisante dans un nombre de cas relativement élevé (17 cas sur 146, soit 13,6 %) ; et ceci entre les mains d'un chirurgien pour qui la résection gastrique est devenue la règle

et la gastro-entérostomie simple l'exception, ce qui signifie un pourcentage réel encore plus élevé. L'examen détaillé des faits prouve en outre que la gastro-entérostomie est souvent incapable de guérir non seulement l'ulcère calleux, mais même la gastrite ulcéreuse. Cette intervention minima n'a donc plus de raison d'être que chez les malades trop épuisés pour supporter la résection, chez les perforés en particulier, ou entre les mains de chirurgiens trop peu entrainés à pratiquer les résections gastriques.

b) *L'ulcère cancérisé.*

La seconde raison qui commande la résection gastrique pour ulcère, c'est la fréquence des lésions précancéreuses ou cancéreuses confirmées que décèle l'examen histologique sur des pièces considérées comme des ulcères au moment de l'intervention. Nous rangeons ici en effet sous le nom d'ulcéro-cancer non point seulement des ulcères cancérisés (que M Maurice Renaud se plairait peut-être à appeler des cancers ulcérés) mais des faits de valeur pratique indiscutable, en dehors de toute discussion théorique : ce sont des cas où, à l'intervention, un chirurgien même particulièrement entraîné à la chirurgie gastrique s'est trouvé en présence de lésions qu'il a jugées simplement ulcéreuses, qu'il a réséquées comme telles et que l'examen histologique a révélées cancéreuses.

Or sur nos 146 cas 32 fois les lésions enlevées comme ulcères ont été trouvées cancéreuses ; 11 fois l'examen histologique a mis en évidence des îlots de *métaplasie intestinale,* lésion actuellement considérée comme faisant le lit du cancer, véritable stade de précancer. C'est donc un total de 43 cas (29,4 %) où la résection se trouvait formellement indiquée, et où la gastro-entérostomie simple eût été une véritable condamnation à mort pour le malade.

Il est bon de noter d'ailleurs que le taux de fréquence des *lésions précancéreuses* est beaucoup plus grand qu'il n'apparrait ici. En effet sur notre statistique globale 63 cas seulement ont été opérés depuis que cette lésion histologique a été recherchée systématiquement dans nos pièces par le Dr. Beauchef ; *dans cette période* outre les 11 pièces à lésions précancéreuses, 15 pièces d'ulcères ont été trouvées cancérisées, soit au total 26 cas sur 63 (41 %) dans lesquels la résection s'imposait de façon absolue.

Un autre fait important est digne d'attention : il ne s'agit pas toujours, dans nos pièces cancérisées, de lésions d'ulcè-

res calleux, considérés par beaucoup d'auteurs comme le seul type d'ulcère à tendances dégénératives. Sur nos 43 cas nous trouvons bien 25 cas d'ulcères calleux, mais aussi 10 cas d'ulcères sténosants du pylore, 6 cas de gastrite ulcéreuse et même 2 cas d'ulcère du duodénum,

En résumé le chirurgien qui se trouve en présence d'une lésion ulcéreuse certaine, qu'il s'agisse d'ulcère calleux ou d'ulcère sténosant du pylore, ou même de gastrite ulcéreuse, a presque 30 % de chances que cette lésion subisse inévitablement la dégénérescence néoplasique si elle n'est pas largement réséquée.

Par contre nous devons noter les bons résultats de la résection à ce point de vue : dans une clientèle où les malades sont revus et suivis facilement. alors que le taux des récidives après résection gastrique pour cancer confirmé reste malheureusement élevé, en plus de 20 années pas un seul malade n'a présenté de dégénérescence néoplasique sur le moignon gastrique laissé en place après une résection large pour ulcère non dégénéré.

II. — La mortalité opératoire des résections gastriques pour ulcère.

Telles sont les raisons pour lesquelles la résection gastrique nous semble être aujourd'hui le traitement de choix de l'ulcère gastro-duodénal. A ces raisons les partisans de la gastro-entérostomie simple n'opposent qu'un fait : la mortalité opératoire élevée de la résection gastrique.

Il nous semble qu'il y a là une exagération manifeste : la résection gastrique, du moins avec la technique employée par mon Père et qu'il a enseignée à son entourage, n'est pas sensiblement plus grave que la gastro-entérostomie simple ; elle est même, pour nous, moins grave que cette dernière à qui nous réservons les cas extrêmes où la résection est impossible. Voici les faits sur lesquels se fonde cette opinion.

Globalement nos 146 cas de résection ont donné 12 morts opératoires, soit 8,2 %. C'est là un chiffre moyen, mais qui demande à être encore étudié de près.

En effet la mortalité est plus grande de beaucoup dans les cas d'ulcères calleux ou cancérisés. Nous trouvons 4 morts pour 32 ulcéro-cancers (12,5 %), 6 morts pour 41 ulcères calleux (14,6 %), et seulement 2 morts pour 73 cas dans les résections pour gastrite ulcéreuse. soit le chiffre très faible de 2,7 %. Notons dès maintenant que dans ces cas de gastrite

ulcéreuse précisément, la technique de la résection peut être particulièrement systématique et régulière ; il y a là, il me semble, un gros argument en faveur de la *régularité* de l'acte opératoire.

Peut-être est-il utile d'indiquer les *causes des morts opératoires* observées. Dans 4 cas la mort peut être rapportée à des circonstances n'ayant pas permis l'emploi de la technique habituelle que nous décrirons tout à l'heure : dans un cas (21008) le malade avait subi une cholécystectomie très difficile en même temps que la gastrectomie, et mourut le 2° jour de l'hémorragie impossible à arrêter au niveau de la plaie hépatique ; dans un 2° cas (22074) la mort survient au 8° jour par gangrène de l'angle hépatique du colon par ligature accidentelle d'un vaisseau ; dans le 3° cas (23041) le malade avait deux ulcères calleux dont l'un juxtacardiaque ne put être réséqué ; enfin dans le 4° cas (24588) la mort survint au 5° jour à la suite d'une résection type Polya où l'anastomose ne fonctionna pas. Ces quatre morts opératoires sont, ou indépendantes de la résection gastrique, ou imputables à l'emploi d'une technique différente de notre technique habituelle.

Dans 4 autres cas la mort est due à des causes *non digestives* : un malade (19694), cardiaque, meurt de collapsus au 4° jour ; un autre (20259) meurt le 14° jour au moment de la défervescence d'une pneumonie post-opératoire ; un 3° (20424) meurt le 5° jour avec des signes d'insuffisance hépatique aiguë ; enfin le dernier (19630) meurt le 11° jour, huit jours après le premier lever, dans une brusque syncope, sans doute d'embolie. Je crois utile de souligner la rareté des accidents pulmonaires, puisque sur 12 morts opératoires nous n'en comptons qu'une seule par pneumonie post-opératoire.

Enfin dans les 4 autres cas la mort est due à une cause digestive : en d'autres termes elle est directement ici en rapport avec l'acte opératoire réalisé. Un malade (19871) meurt le 5° jour de dilatation gastrique aiguë qui ne cède à aucun traitement ; un autre (24229) meurt le 16° jour avec des accidents d'occlusion ; un 3° (21579) est réopéré le 5° jour pour mauvais fonctionnement de la bouche de gastro-entérostomie et meurt le 7° jour ; enfin un autre (22604) meurt de péritonite à la suite de la fistulisation du moignon duodénal.

On voit en résumé que *seules 4 morts opératoires sur 138 cas (2,8 %) se sont produites dans des conditions de technique opératoire normale et pour des causes directement en rapport avec l'intervention*. C'est là un chiffre très faible, et qui montre bien le peu de gravité de la résection gastrique, lorsqu'elle

est pratiquée de façon régulière et systématique chez des malades dont l'état général est suffisant pour la supporter.

III. — La technique opératoire

Je ne chercherai pas ici à décrire complètement la technique que nous employons actuellement. Elle a été déjà indiquée en 1928 au Congrès Français de Chirurgie. J'insisterai seulement sur certains points qui demandent un soin particulier pour éviter les accidents post-opératoires que nous avons signalés.

Après une préparation soigneuse, mais sans vaccination préopératoire qui nous a toujours paru inutile, le malade est endormi au Schleich ; l'*anesthésie générale* permet une exploration plus complète et ne nous a jamais paru être responsable ni du schock ni des accidents pulmonaires.

La résection commence par la section gastrique ; il est exceptionnel que la section duodénale soit nécessaire en premier lieu. La section gastrique est faite avec l'*écraseur de de Martel,* qui permet une suture excellente, rapidement exécutée et complètement étanche.

On isole ensuite de proche en proche le pylore et la portion libre du duodénum ; une pince de Kocher ferme le pylore ; le duodénum soutenu par deux pinces à griffes est sectionné à ciel ouvert, l'aide empêchant tout écoulement de liquide avec des tampons mouillés.

La ligne de section duodénale est fermée par un premier plan de catgut chromé au *point de Connel* : c'est là un gros facteur de sécurité, et le cas de péritonite mortelle par fistulisation duodénale que nous avons signalé s'est produit avant l'emploi du point de Connel. Depuis lors nous avons observé quelquefois une petite fistulette, mais sans gravité, et qui s'est toujours fermée spontanément. Sur ce premier plan on fait un plan séro-séreux ordinaire ; si celui-ci, difficile, ne donne pas entièrement satisfaction, un fragment d'épiploon est fixé sur la suture. Il est essentiel en effet de veiller tout particulièrement à cette suture duodénale qui est le point faible de toute l'intervention.

Mon Père insistait en outre l'an dernier sur l'emploi des *pinces de Lane pour la gastro-entérostomie ;* ces pinces en effet fixent exactement l'une et l'autre les portions gastrique et jéjunale à anastomoser, et « bâtissent » ainsi remarquablement l'ouvrage ; fixité, étanchéité, absence d'hémorragie, tels sont les avantages qu'elles donnent, et ceci sans le moindre inconvénient par ailleurs.

Je tiens en terminant à signaler deux détails qui ont leur importance parmi les soins post-opératoires. C'est d'abord l'emploi de l'*adrénaline en injections intramusculaires à hautes doses* chez les malades shockés : un milligramme toutes les trois heures, dans les cas graves toutes les deux heures ; nous devons à ce traitement la vie de plusieurs de nos opérés. C'est ensuite la *précocité des lavages* d'estomac, dont le premier est pratiqué le soir même de l'intervention ; et du *premier lever,* le malade étant placé dans son fauteuil entre le 1° et le 3° jour après l'opération suivant son degré de résistance : ce lever précoce nous semble être pour beaucoup dans la disparition des accidents pulmonaires post-opératoires.

IV. — Sécurité de cette technique opératoire

Je tiens à insister sur la sécurité que donne cette technique opératoire.

La résection gastrique fut tout entière créée, réalisée par les Chirurgiens de la génération de mon Père. Il m'a paru intéressant de reprendre la totalité des résultats dans la statistique de ce dernier, depuis 1899 (date de sa première résection pour cancer) jusqu'au 1° mai 1929, date à laquelle s'arrête la statistique intégrale apportée ici.

Dans une 1° période, de 1899 à 1911 (12 ans), la résection est réservée aux cancers, et dans des cas rares : 23 cas seulement avec 13 morts, soit 56,5 %.

Dans une 2° période d'une dizaine d'années (1912 à mars 1922) la résection est appliquée plus souvent ; soit aux cancers (46 cas, 8 morts, 17,3 % de mortalité), soit aux ulcères calleux diagnostiqués tels à l'intervention (27 cas, 3 morts, 11,11 % de mortalité).

Enfin depuis avril 1922 jusqu'au 1er mai 1929, la résection est pratiquée systématiquement. Elle donne pour 51 cas de cancers 7 morts (13,7 %) et pour 101 cas d'ulcères diagnostiqués tels macroscopiquement (donc y compris l'ulcéro-cancer) 5 morts, soit pas tout à fait 5 % de morts opératoires. Or il est à remarquer que c'est précisément en 1922 que commence *l'emploi systématique de la technique que nous avons décrite: celle-ci a donc réduit la mortalité opératoire de 11,11 % à moins de 5 % dans une même catégorie de faits.*

On pourrait invoquer peut-être pour expliquer cette amélioration plutôt l'entrainement, l'expérience acquise par le chirurgien. On me pardonnera une remarque personnelle : c'est que l'application stricte de cette technique m'a permis d'éviter

dès le début (6 cas sans mortalité à l'heure actuelle) la période de tâtonnements et d'adaptation. Est-il rien de plus probant en faveur d'une technique opératoire, que la possibilité pour un chirurgien de réussir d'emblée à écarter presque entièrement tout danger des résections gastriques pour ulcères ?

* *

Risultati della cura chirurgica delle ulcere gastriche e duodenali

Prof. CARLO GAMBERINI, (Bologna).

L'argomento posto all'ordine del giorno sulla chirurgia della u. g. e. d. si limita a considerare i risultati del trattamento radicale.

Però è evidente che un giudizio completo può venire soltanto dal confronto dei risultati immediati e remoti della resezione coi risultati del metodo conservativo. E sopratutto si deve tener calcolo dei criteri di indicazione o di preferenza che sono dati dai vari operatori all'uno o all'altro processo, in ordine al carattere delle lesioni. Perchè solo con l'esposizione di pratica chirurgica globale su di una data lesione, si possono trarre conclusioni pratiche sui dati statistici sia della mortalità immediata, sia dei risultati a distanza. Perciò io ho raccolto i dati di tutta la mia chirurgia gastrica per lesioni benigne dello stomaco e duodeno dal 1922 al 1927 ; perchè in questo periodo ho seguito con metodo gli operati; e premetto i criteri di guida all'indicazione e alla scelta dell'intervento.

La statistica comprende 278 casi di ulcere gastro-duodenali (comprese 13 perforazioni di u. d.). Anzitutto penso che un limitato numero di ulcere gastro-duodenali è suscettibile di guarigione stabile con le cure mediche e può guarire spontaneamente; noi a volte operando, ne vediamo gli esiti appena rilevabili sotto l'aspetto di sfuggevoli cicatrici, spesso sfumate.

Di fronte a lesioni ribelli a trattamento medico interviene il trattamento chirurgico di elezione, di necessità, o di urgenza.

Sono indicazioni d'urgenza o di necessità :

1° La perforazione.

2° L'emorragia. Essa reclama l'intervento radicale ; però l'indicazione d'urgenza è eccezionale.

3° La presunzione di trasformazione maligna di un'ulcera. Essa si basa su criteri clinici e radiologici. Nel dubbio non è lecita l'astensione.

4° Le deformità stenosanti a sintomatoligia clinica o radiologica. Sono condizioni meccaniche, idrauliche che inibiscono la funzionalità gastrica e il provvedere è necessario.

Sono indicazioni di elezione :

5° Gli aspetti radiologici di deformità dello stomaco o del duodeno da ulcere (segni diretti e indiretti dei radiologi). Quando il radiologo ci dà tale reperto, anche con sintomatologia clinica scarsa, non si possono attendere i pericoli dell'evoluzione dell'ulcera.

6° L'insuccesso terapeutico contro i sintomi soggettivi dell'ulcera anche con reperto radiologico negativo perchè non di rado l'ulcera, specie in certe fasi di evoluzione, sfugge alla più accurata indagine dei più valenti radiologi.

7° La persistenza ribelle di grave ipersecrezione acida ; anche se non associata a disturbi soggettivi gravi, essa può giustificare il trattamento chirurgico.

⁂

Il trattamento chirurgico più razionale sarebbe quello suggerito dalla patogenesi. Ma se le teorie sono molteplici (nervosa, chimica, meccanica, infettiva), nessuna però riesce a spiegare la formazione dell'ulcera. I metodi ispirati a teorie patogenetiche, molto suggestivi e geniali nella concezione e nella esecuzione (come la discontinuità nervosa, la derivazione biliare nello stomaco, ecc.) non hanno finora il conforto dell'esperienza.

La chirurgia quindi per ora non può ispirarsi che al trattamento anatomico nel senso di asportare la lesione in atto e la zona contigua dell'antro pilorico e del fondo gastrico più soggetta ad ammalare e la cui presenza dispone alla malattia (o perchè iperattiva la secrezione acida o perchè lascia adito all'azione cosidetta dello squilibrio nervoso o circolatorio o per altra ragione o supposizione). Si sta al fatto, si sopprime possibilmente il territorio, non sapendo dominare altrimenti il processo.

⁂

Nella modalità il trattamento chirurgico fu scelto caso per caso secondo il reperto clinico e operatorio e cioè secondo :

1° La sede, duodenale (alta e bassa) o gastrica (pilorica, della piccola curvatura, juxtacardiaca) ;

2° Le complicanze (perforazione, emorragia);

3° L'evoluzione dell'ulcera stessa in ulcera callosa, in ulcera con probabile trasformazione neoplastica ;

4° E infine gli esiti cicatrizziali (stenosi pilorica, stenosi duodenale, stenosi medio-gastriche, esiti cicatriziali non stenosanti);

5° Fatti di periviscerite ecc. senza reperto operatorio netto di ulcera.

***

1° *In perforazioni* acute duodenali con versamento peritoneale (13 casi con 5 decessi) ho eseguito 11 volte la sola sutura dell'ulcera e 2 volte ho aggiunto la g.e. Ho sempre unito lo zaffamemto della fossa iliaca destra, sede di scolo declive naturale del contenuto duodenale ; a volte ho aggiunto lo zaffamento locale.

Penso che nelle gravi condizioni del malato si debba fare il minimo possibile. Se le condizioni sono ottime o se, d'altra parte, il tessuto è calloso e non tiene la sutura, può venire in campo la resezione. Ho perduto un malato per deiscenza della sutura ; era in quarta giornata e in condizioni gravissime ; gli altri 4 decessi sono avvenuti in soggetti in cui si è intervenuto dopo 24 ore. Circa i risultati tardivi, due volte ho dovuto eseguire in un secondo tempo la g.e. ; in un altro caso ho eseguito in secondo tempo la resezione pilorogastrica. Negli altri tre casi trattati con semplice sutura nessun intervento complementare è steta finora necessario ; però uno dei pazienti ha sofferenze notevoli.

2° Nelle stenosi pure cicatriziali duodenali o gastriche, esito di ulcera, senza fondo di callosità o di infiltrazione (da considerarzi processi spenti) la g.e. fu l'operazione di mio uso costante.

A volte fu operazione di necessità, date le gravissime condizioni dei soggetti disidradati, declorurati con insufficienza renale.

Negli altri l'ho eseguita di elezione. Si tratta di un disturbo meccanico idraulico e la gastroenterostomia è di indicazione precisa. Von Haberer dice che non si può aver mai la

garanzia di processo spento e reseca sempre. Io penso che tale giudizio specialmente per le forme duodenali (la cui trasformazione maligna finora è clinicamente ignota) è eccessivo, salvo l'indicazione di concomitante alta iperacidità.

Il controllo obbiettivo operatorio poi dà una garanzia, spesso da ritenersi assoluta, delle condizioni di evoluzione del processo.

Altra indicazione per me della g.e., pur senza fatti di stenosi pilorica grave, fu la presenza di cicatrici raggiate pilorica o duodenale (da grocesso spento), lo non mi sento autorizzato alla resezione e trovo sufficiente la g.e. con la sua doppia azione di derivazione del succo e del materiale gastrico e di immissione di liquido biliopancreatico nello stomaco, come profilassi contro nuovi fatti ulcerativi da iperacidità e contro l'irritazione del territorio cicatriziale.

Fu per me invece controindicazione alla g.e. l'alto tasso di acidità anche nello stato cicatriziale semplice delle u.g. e d., perchè in questi casi dopo g.e. ho visto ulcere peptiche.

3° Nelle ulcere in atto, penetranti, sanguinanti, callose, in evoluzione, con pericolo di degenerazione, e anche in ulcere senza notevole infiltrazione, ma con perdita di sangue occulto; nei casi apparentemente a processo cicatriziale spento ma con alta acidità, quindi a intuitiva facile recidiva, sono convinto della indicazione precisa della resezione che ho praticato sistematicamente, col solo limite di rari casi di controindicazioni locali di tecnica pericolosa o di controindicazione generale. Solo cosi restano dominati i pericoli della perforazione, della grave emorragia, della formazione dell'ulcera peptica, dell'ulcera callosa cancerigna. A questo riguardo più che dar valore alle discussioni ancora vive sulla maggiore o minore frequenza di cazi di evoluzione maligna di ulcere, ha importanza il sapere che la proporzione dei cancri veri in casi di indurimento calloso parietale dello stomaco, di cui l'esame macroscopico non permette assolutamente di dare un giudizio, è notevole, come fu riscontrato da parecchi chirurgi, come io stesso nella mia pratica ho potuto controllare, Donde il consiglio al chirurgo di continuare a resecare le ulcere callose, siano ese ulcero-cancro o cancro-ulcerato.

*
**

Come metodo di resezione ho eseguito costantemente la resezione ampia piloro-gastrica, cui segue la g.e. retrocolica

isoperistaltica termino-laterale (modificazione Reichel-Polya del Billroth II). In principio ho eseguito 4 volte la Billroth I, cioè l'unione diretta termino-terminale della superficie di sezione gastrica (ridotta con chiusura parziale alta) colla sezione del duodeno.

I risultati di tale metodo a distanza sono pure buoni, ma ho abbandonato il metodo perchè esso è di tecnica più difficile ed ha indicazioni più limitate perchè mal si presta per estesa resezione, come invece è bene fare.

Parrebbe doveroso sforzarsi di eseguire il Billroth I se veramente, come pare a prima impressione, esso riproducesse le condizioni anatomo-fisiologiche dello stomaco. Ma in sostanza egli ristabilisce solo in apparenza le condizioni normali. Di fatto è soppresso il piloro e la funzione scambievole duodeno-gastrica relativa ; anatomicamente rimane solo conservato il passaggio abituale dei cibi attraverso il primo tratto di intestino il quale ha condizioni chimiche note e ha condizioni di fissità speciali degne di considerazione e di studio agli effetti dell'economia della digestione.

Ma soppressi il piloro e gran parte dello stomaco dalla resezione piloro-gastrica vengono modificate tutte le esigenze normali del chimismo gastrico e resta discutibile l'utilità di conservare il percorso abituale al materiale ingerito nello stomaco. Teoricamente l'argomento dell'interdipendenza della secrezioni gastro-duodenali dopo la resezione e dopo la g.e. si presta a lunghe discussioni. Però sta di fatto che la facilità del passaggio del cibo dallo stomaco all'intestino che si ottiene colla Reichel-Polya è condizione della massima efficienza nell'immediato periodo post-operatorio contro il non raro stato di atonia dello stomaco che ha subita la mutilazione e che la stessa facilità di passaggio è garanzia poi del benessere permanente dei resecati.

Io eseguo perciò resezione ampia e ampia bocca anastomotica perchè l'efficacia permanente è subordinata alls sufficiente soppressione di superficie gastrica secernente di questa parte dello stomaco più disposta ad ammalare, e anche al procurare le migliori condizioni per il rigurgito biliopancreatico.

Ed è perciò che di rara eccezione, pur eseguendo la g.e. uso l'enteroanastomosi complementare (Braun) o il metodo Roux a y, che ho eseguito solo due volte per resezione gastro-duodenale di ulcera digiunale. Allora io unisco l'ansa prossimale digiunale molto vicina all'unione anastomotica gastrica perchè sia conservato a questa il contatto col succo

biliopancreatico. Giacchè penso ciò contribuisca (insieme colla demolizione gastrica) alla soppressione permanente dell'ambiente iperacido e quindi ai buoni risultati permanenti che si hanno con tale metodo di resezione.

Vi sono limiti di tecnica che la prudenza del chirurgo deve saper valutare. Essi sono dati dalla sede bassa (allo sbocco delle vie biliari) dell'ulcera duodenale, dalla sede alta dell'ulcera precardiasica e dal pericolo di intaccare altri organi vitali interessati dal processo.

In questi ultimi anni per u.d. basse, io pratico l'esclusione del duodeno con invaginamento dell'ulcera e ampia resezione gastrica (alla Finsterer) con buon risultato. V. Haberer critica tale intervento perchè ha visto casi di ulcera peptica digiunale. Io penso che ciò non si verifica, se non d'eccezione, se la resezione è sufficientemente generosa e non ho ragione di abbandonare tale tecnica. E' notorio che la u.d. solo d'eccezione degenera, quindi l'esclusione in questi casi è prudente e razionale ed ha valore di operazione radicale. Nelle ulcere alte precardiasiche a volte è meglio abbandonare l'impresa e limitarsi alla g.e.

Non ho eseguito in casi contemplati in questa statistica la escisione limitata delle ulcere con secondaria g.e., nè la resezione mediogastrica in continuità. Tali metodi oggi sono oramai abbandonati dalla maggioranza dei chirurgi per la incompletezza, per le frequenti complicanze di recidiva e per le facili deformità gastriche che ostacolano secondariamente lo svuotamento dello stomaco. Anche in casi di stenosi mediogastriche da ulcera ho preferito la resezione piloro-gastrica. Nel 1928 ho operato un caso di ulcera peptica digiunale insorta dopo resezione limitata di ulcera juxtapilorica e g. e. insieme con anastomosi alla Braun ; ho dovuto eseguire la resezione gastro-digiuno-colica. Io penso che tanto la resezione parziale dell'ulcera come la enteroanastomasi (Braun) complementare alla g.e., debbano limitarsi a casi di eccezione.

Io ho fatto qualche volta nel 1920-21 la cauterizzazione alla Balfour che equivale ad escisione dell'ulcera ; ma l'ho abbandonata dopo casi di emorragia tardiva da recidiva.

RIASSUNTO STATISTICO

Risultati immediati delle g.e. e delle resezioni

Riguardano 211 operazioni palliative (1 duodeno-digiunostomia e negli altri casi, salvo eccezione, sempre g.e. retrocolica isoperistaltica) con 7 morti e cioè il 3,3 % di mortalità.

Esse riguardano 51 u.d., 38 u.g., 40 u. piloriche, 82 casi di lesioni varie (periduodeniti, perivisceriti, disurbi da posizione, ectasie ecc.). Non fu mai aggiunta esclusione duodenale, già da me abbandonata da tempo.

Casi di resezione 54 con 6 morti e cioè 11, 1 % di mortalità (1 morto di circolo visioso per innesto antiperistaltico dell'ansa digiunale, 1 di distensione gastrica acuta per reoperazione tardiva rispettando g.e. precedente, 1 di perforazione della sutura duodenale, 3 di polmonite). Essi riguardano 18 u.d. con 2 morti, 26 u.g., 10 u. piloriche con 4 morti. Circa questa proporzione di u. gastro-piloriche o duodenali, si deve aver presente che, da quanto ho detto, l'indicazione di resezione fu più frequente nelle ulcere g. mentre nelle u.d. fu frequente l'indicazione della semplice g.e.

Circa la mortalità dell' 11, 1 %, che è alta, devo osservare che essa è la mortalità globale ; è invece ridottissima negli ultimi tempi giacchè mentre nel primo triennio su 28 resezioni vi sono 5 decessi, nelle ultime 26 resezioni vi è un solo decesso, cioè la mortalità è cosi ridotta al 3,8 % e cioè pressochè a quella della g.e. — Ciò è dovuto al miglioramento della tecnica, a maggiore cautela nella narcosi eterea, all'uso più frequente della anestesia locale ed ora spesso all' uso dell' anestesia rettale coll' avertina quando non è possibile l'anestesia locale ; ma sopratutto alla cernita dei casi adatti in ordine al trattamento sia per le condizioni generali, sia per le condizioni locali.

Sul principio ho perduto un malato di peritonite per resezione bassa del duodeno ; più tardi aveva abbandonato queste ulcere alla sola g.e. ; ora uso la resezione esclusione alla Finsterer, che sopprime i pericoli e dà buon risultato.

I mezzi conservativi vecchi e nuovi, oltrechè dal lodevole criterio di tentare trattamenti diretti contro la presunta patogenesi, attingono forza contro la resezione dall' argomento della grande mortalità di questo. Ciò non è esatto ; con la migliorata tecnica la mortalità va scemando nelle mani di tutti dall' 8 % al 5 % e meno. Poi ammessa una certa maggior mortalità nelle resezioni di fronte alla g.e., essa appare giustificata se si pone mente alla maggior gravità delle lesioni a cui appunto si riserva la resezione (e cioè forme callose, croniche, forme emorragiche, ulcere in piena evoluzione), mentre le operazioni palliative si usano specialmente per forme cicatriziali spente. L'alea che doveresamente si deve correre con la resezione indicata nei dati casi è compensata dalla garanzia e dalla immediatezza dei vantaggi della rese-

zione stessa in queste forme gravi di fronte all' inefficacia di altri metodi meno aggressivi, ma che lasciano i pazienti esposti ai pericoli immediati e a distanza.

Quindi si deve concludere dal confronto fra metodi palliativi e resezione piloro-gastrica che, mentre si ha con questa *la sicurezza dei risultati, la mortalità non è molto più alta.*

***

Risultati a distanza delle resezioni e delle g. e.

I risultati a distanza devono rispondere alle obbiezioni mosse al trattamento demolitore :

1° Se cioè a distanza coi metodi meno aggressivi, i risultati sono ugualmente buoni.

2° Se le ampie demolizioni danno buoni risultati permanenti o implicano disturbi funzionali tardivi.

Dati tard. della g.e. — Sopra 211 interventi di g. e., posso riferire i dati tardivi di 150 operati così suddivisi : 33 casi di u. d. con 19 guarigioni, 10 miglioramenti, 4 senza vantaggio ;

29 casi di u. g. con 14 guarigioni, 10 miglioramenti, 5 senza vantaggio.

28 casi di u. pilorica con 20 guarigioni, 7 miglioramenti, 1 senza vantaggio.

60 casi di lesioni varie con 32 guarigioni, 16 miglioramenti, 12 invariati.

Riassumendo sopra 150 casi di g. e. controllati si hanno 85 casi di guarigione (56 %), 43 casi di miglioramento (28 %), 22 casi senza vantaggio.

Tra le complicanze di g. e. risultano 3 ulcere peptiche (due seguite da resezione), 5 casi di disturbo tardivo di circolo e 1 di dilatazione gastrica acuta (da periviscerite presso l'anastomosi) che reclamarono reintervento ; 6 casi di emorragia da recidiva (3 seguiti da resezione pilorogastrica). Insisto nel rilevare che io ho riservato la g. e. quasi soltanto alle forme cicatriziali (presunte forme spente) più spesso piloriche o duodenali e sopratutto se determinanti stenosi pilorica : l'ho estesa spesso a forme di periviscerite ecc., ma mai a ulcere in atto salvo casi di contro-indicazioni di tecnica o generali e perciò in molti casi la g. e. ha dato buoni e stabili risultati.

Devesi anche rilevare che un notevole numero di insuccessi o di semplice miglioramento dopo g. e. si è avuto nei casi di lesioni varie, tra i quali non si può escludere qualche caso a

indicazione non ben definita. Donde la riconferma della necessità della cernita dei casi con indicazione precisa della g.e., per non aggravare le condizioni dei pazienti.

Dati tardivi delle resezioni

Si fa torto da alcuni alla resezione di trasformare lo stomaco in un imbuto senza nessuna continenza e di predisporlo a secondarie gastriti e a disturbi vari riassunti sotto il nome di *malattie da stomaco piccolo*.

Ora io ho riveduto 40 operati e di molti ho controllato chimicamente e radiograficamente la funzione gastrica.

Riassumo le cifre : u. d. 12, con 10 casi di guarigione. 2 con qualche disturbo ; u. g. 21, con 19 guarigioni, 2 con qualche disturbo ; u. p. iloriche 8, con 8 guarigioni.

La incontinenza dei primi tempi, in alcuni rarissimi casi, si è vista correggersi (radiologicamente controllata) fino a divenire in tutti pressochè normale la funzionalità gastrica. I lievi disturbi di 4 soggetti sono legati a svuotamento un po' rapido ; non sono costanti ma periodici e cedono a correzioni della dieta. L'esame del chimismo gastrico ha dato permanente ipo o anacidità. Alcuni pazienti accennano, nei primi tempi, a qualche fugace fatto di nausea e a qualche rigurgito amaro.

Nella quasi totalità (87 %) i malati sono rifioriti e non si ripresentano colle molteplici recidive molestie di molti trattati coi mezzi chirurgici palliativi. I resecati tollerano bene la dieta comune ed ho notato fatti gastritici solo in alcuni difronte ad eccessi dietetici a cui erano invitati dal ritorno di un forte appetito.

Questo è deleterio pei pazienti che non sanno limitarsi ; la dieta e le cure mediche devono essere protratte per lungo tempo dopo l'atto operatorio. Ho notato nei resecati, meno nei gastroenterostomati, intolleranza per il latte e le uova ; ciò che verosimilmente si spiega per il carattere liquido di tale cibo mal trattenuto e per la deficiente acidità dei succhi gastrici.

Devo segnalare un caso di emorragia tardiva, due anni dopo resezione (nel 1926) senza riscontro radiologico di ulcera recidiva e in cui è seguita la guarigione col solo trattamento medico. In questo caso, per la verità, io avevo eseguito una resezione molto limitata. Si spiega che l'ulcera possa ripresentarsi se l'asportazione di stoffa fu scarsa in sè o relativamente ad un dato soggetto ulceroso gastrico per eccellenza. Noi non sopprimiamo il terreno di predisposizione e l'abito

ulceroso ; quindi nei casi più ribelli può non bastare il sopprimere la zona più facile ad ammalare.

Ulceri peptiche digiunali. — A questa considerazione si riconnettono le mie osservazioni di ulcere peptiche digiunali postoperatorie.

Ne ho avuto, come dissi, tre casi su miei operati.

Il primo riguarda un collega medico in cui i fatti clinici e radiologici posere il sospetto dopo 10 mesi dalla g. e. di ulcera digiunale. Ora, da oltre due anni, i disturbi non sono ricomparsi a seguito di cure mediche e sopratutto dietetiche scrupolose. Non si è eseguito alcun nuovo controllo radiologico. E' più facile pensare che si sia trattato della riaccensione della u.d. primitiva, che aveva dato forte melena preoperatoriamente ; però all'operazione non fu possibile rilevarla e si eseguì solo g.e.

Nel secondo caso poco più di due anni dopo la g.e. ho eseguito per ulcera digiunale la resezione piloro gastrica con la digiunostomia latero laterale alla Reichel Polya sull'ansa distale digiunale ; mentre ho fissato la afferente prossimale a y (Roux) in tutta prossimità della bocca gastrica. Il paziente dopo un anno e mezzo presentò disturbi da nuova ulcera digiunale radiologicamente controllata, con tasso alto di iperacidità. E' un barbiere di città che conduce un lavoro stremante: con dieta scrupolosa a pasti frequenti da parecchio tempo i disturbi si sono quietati e non ostacolano la laboriosità del paziente, che è sempre sotto osservazione.

Nel terzo caso di ulcera digiunale dopo g.e. ho fatto la sola degastroenterostomia e la resezione del digiuno (coll'ulcera peptica) senza resezione piloro-gastrica. Il paziente dopo breve tempo tornò ad avere crisi di iperacidità e di dolore locale ; l'esame radiologico rilevò nuova ulcera digiunale e l'esame del chimismo alta iperacidità.

Nel quatto caso già accennato, era stata eseguita da altri resezione di ulcera prepilorica e g.e. nel 1921 ; dopo 5-6 mesi ricomparvero disturbi gravi, dolori, bruciori, vomito, aggravatisi fino a dimagramento estremo della paziente. Il tasso di acidità fu trovato elevatissimo e fu posta diagnosi di ulcera digiunale, pur in assenza di conferma radiologica. Fu eseguita, per ulcera digiunale penetrante nel colon trasverso, la resezione gastrodigiunocolica nel luglio 1928. La paziente è rifiorita ed è a dieta pressochè normale ; il chimismo rivela anacidità. Il risultato è ancora recente.

Gli ultimi due casi confermerebbero che è bene resecare sempre ampiamente anche lo stomaco. Però deve ammettersi

che anche la resezione più ampia non può vincere l'abito ulceroso di alcuni soggetti o vincere la loro iperacidità, come nel mio secondo caso. Si può criticare nel caso stesso, l'unione da me fatta dei monconi di resezione digiunale a y (Roux) per quanto io però studiatamente abbia fatto l'unione in tutta vicinanza della bocca gastrica per conservarle il contatto del succo bilio-pancreatico. Finchè nuova luce sulla patogenesi non possa indirizzare razionalmente su altra via la terapia dell'ulcera g. e. d., qualche recidiva non può oggi farmi deviare dalla linea di condotta chirurgica esposta, suggeritami da personale esperienza e dalla conoscenza delle statistiche dei chirurghi più versati su questo argomento.

Riguardo a ricerche sul chimismo, da esami accurati pre e post operatori eseguiti specialmente dal mio assistente Dott. Forti, ho trovato tanto dopo resezione come dopo g.e. molto diminuità l'acidità gastrica e spesso presenza benefica di bile nello stomaco. Si deve rilevare che la diminuzione di acidità fu riscontrata specialmente più notevole nei casi in cui era stata provocata la immissione diretta della bile nello stomaco (colecistogastrostomia). La diminuzione dell'acidità è più costante, più appariscente e più stabile dopo la resezione che non dopo la g.e.

***

Concludendo, in base ai miei dati immediati e a distanza relativa, devo insistere per la generalizzazione della resezione ampia dello stomaco nella cura delle ulcere g. e. d. sia in atto, sia in evoluzione non spenta, sia nella croniche e callose, sia negli esiti, ma con sospetto di persistente malattia ulcerosa fornito dai dati clinici e dall'obbiettività operatoria.

Però i metodi cosìdetti palliativi non devono essere banditi del tutto, come alcuni pretendono. A mio avviso, la g.e. resta indicata nelle stenosi piloriche cicatriziali, nelle altre forme cicatriziali presumibilmente spente e nelle pure deformità meccanico-idrauliche quando non vi à forte iperacidità gastrica ; poi nelle controindicazionui assolute di interventi radicali (per impossibilità tecnica o per gravi condizioni generali dei malati).

La g.e., caduta in discredito per il suo abuso, ha così invece ancora una precisa indicazione di utile intervento. E nella resezione ampia dello stomaco, duodeno-piloro-gastrica, si ha un'arma di sicura efficacia contro l'ulcera gastro-duodenale, arma che usata con la tecnica e la prudenza dovute, dà statistiche ottime.

***

Contributo alla cura chirurgica dell'ulcera gastrica e duodenale

per Felice Rossi (Aquila).

Riferisco brevemente su 126 casi di operazioni per ulcere [illegible] dieci anni, e precisamente su 103 gastro-enterostomie e 23 resezioni.

Le 103 g.e. riguardano 30 casi di stenosi pilorica cicatriziale ; 3 casi di ulcera duodenale con gastrosuccorea ; 5 casi di ulcera della piccola curvatura con intense aderenze al fegato ; 1 caso di stomaco a clessidra e 64 casi di ulcere duodenali.

Su questi 103 casi di g.e. ho avuto 5 morti : 1 per emorragia dall'ulcera duodenale in 8ª giornata dall'operazione, 1 di perforazione dell'ulcera pure duodenale, 3 di broncopolmonite. Forse se nei primi 2 casi avessi fatto la resezione dell'ulcera o la Balfour, non avrei avuto la morte dei malati.

L'anestesia per i primi 70 casi di g.e. è stata la morfio-eterea: negli altri l'anestesia locale con novocaina.

Il decorso dei sopravvissuti, che ho avuto campo di seguire, e'stato buono e i disturbi dolorosi sono scomparsi : in due soli casi per la persistenza di vomito dovuto a difficolta'di svuotamento dell'ansa digiuno-duodenale, lasciata troppo lunga, fui costretto intervenire di nuovo facendo un'enteroanastomosi alla Braun.

I 23 casi di resezione riguardano 20 casi di ulcere gastriche con tre morti e tre casi di ulcera duodenale complicata a colecistite calcolosa con 1 morto.

Nei 20 casi di ulcera gastrica ; in 2 casi di ulcera della piccola curvatura eseguii la resezione a sella e la g.e. ; in 1 caso di stenosi mediogastrica feci la resezione anulare alla Payr ; in 15 casi di ulcere del piloro e della piccola curvatura feci la resezione ampia piloro-gastrica valendomi in 12 casi del metodo Reichel-Polya e in 3 casi del Billroth 2 ; (fra questi 15 casi di ampia resezione avuto i 3 morti). Infine in 2 casi, gia' operati da altro chirurgo di g.e.. per ulcera duodenale, essendo l'anastomosi troppo in alto sullo stomaco ed essendosi formata un'ampia sacca fra la bocca di g.e. e il piloro con vomito e dolori frequenti, feci la resezione piloro-gastrica al disotto della g.e.

Nei tre casi di ulcera duodenale complicata a colecistite calcolotica eseguii la colecistectomia e la resezione duodeno-

piloro-gastrica alla Polya in due casi ; col metodo Billroth 2 nel terzo caso. Questo caso morì : negli altri due casi applicai un largo drenaggio alla Mikulicz tolto in 12 a giornata.

Per la resezione in 4 casi ho usato la pinza schiacciatrice di von Petz che contemporaneamente fa la sutura con piccole e sottili agraffes metalliche e dico che tale strumento corrisponde bene.

In conclusione la resezione piloro-gastrica è operazione più grave della g.e. per la mortalita'immediata e nella stenosi pilorica cicatriziale, nell'ulcera nettamente duodenale la g.e. rappresenta l'operazione d'elezione ed anche in casi di ulcere gastriche dove la resezione è tecnicamente difficile per le gravi alterazioni anatomo-patologiche e le molteplici fisse ed invincibili aderenze.

E sono precisamente le condizioni anatomo-patalogiche che debbono guidare l'indicazione del metodo operatorio ; primo fine deve essere quello di non far correre soverchio pericolo alla vita del malato per l'immediata mortalità operatoria ed é meglio intervenire di nuovo in un malato gia operato di g.e. che farlo morire alla prima operazione di resezione.

Ed in questa chirurgia dell'ulcera gastrica e duodenale e'più che mai necessario di non lasciarsi trasportare dalla brillante tecnica operatoria ma, per usare la bella frase del Robineau, di fare della tattica operatoria, di cui scopo primo ed immediato deve essere la vita del malato.

*
* *

Sulla cura della ulcera peptica postoperatoria

per G. Pieri (Belluno).

E' opinione comune che l'u.p. postoperatoria compaia di solito in seguito alla gastrodigiunostomia, ma essa si può verificare anche in seguito alla resezione gastrica, anzi secondo recentissime statistiche di chirurgi francesi (Delore, Okynczyc...) essa sarebbe più frequente dopo la resezione che dopo la anastomosi gastrodigiunale.

L'O. non entra in merito ai vari processi ideati per la cura della u.p. postoperatoria, proponendosi di studiare il problema da un punto di vista possibilmente causale.

E' verosimile che la causa della u.p. postoperatoria sia la stessa della u.p. primitiva, e questa non è finora precisata. Che la causa possa essere di natura nervosa, come sostiene Bergmann, è possibile ; ma anche se non si voglia accettare come corrispondente alla verità l'ipotesi del Bergmann, non si può negare il fatto obbiettivo che la fisiopatologia dello stomaco ulceroso sia caratterizzata da disturbi che parlano per una prevalenza della innervazione vagale (ipertonia, tendenza agli spasmi, ipercloridria).

Partendo da queste premesse l'O. si e proposto di tentare la cura della u.p. postoperatoria modificando il regime nervoso dello stomaco nel senso di ridurre l'influenza dell'innervazione parasimpatica. A tale scopo ha eseguito la resezione sopradiaframmatica del vago sinistro in tre casi di u.p. postoperatoria ; le operazioni datano rispettivamente da 22, 20 e 13 mesi, a i risultati finora ottenuti sono buoni : guarigione dei disturbi soggettivi, scomparsa o notevole miglioramento dei segni radiologici di u.p., diminuzione della acidità cloridrica.

E posta la questione su questo terreno, l'O. ha proceduto oltre, e si è domandato se la vagotomia non potesse trovare la sua indicazione anche in certi casi di ulcera gastrica primitiva, e precisamente in quei casi in cui l'ulcera risieda sulla piccola curvatura, e così in alto da rendere la resezione pericolosa e sopratutto soverchiamente mutilante. Ora, se noi pensiamo che in certi casi di ulcera juxtacardiaca noi siamo costretti a resecare anche i tre quarti dello stomaco, lasciando un piccolo segmento residuale enervato, e quindi di scarso valore funzionale, e ciò per asportare una lesione di carattere non maligno, che ha la estensione al massimo di qualche centimetro quadrato, non può non colpirci la sproporzione fra la piccolezza della lesione e la gravità ed estensione della demolizione da noi praticata.

Questa idea di resecare il vago di sinistra nelle ulcere juxtacardiache l'O. ha cominciato ad applicare da alcuni mesi, e i casi sono ancora troppo scarsi e recenti per autorizzare delle conclusioni, anche se i risultati immediati appaiono favorevoli.

L'O. rileva il fatto che l'operazione della resezione del vago nella u.p. primitava e postoperatoria è ben diversa dalla enervazione gastrica proposta recentemente da altri chirurgi ; questa sopprime tutta la innervazione estrinseca dello stomaco, producendo una grave mutilazione funzionale dell'organo ; la resezione del vago tende invece a ristabilire l'equi-

librio dell'innervazione gastrica turbato da cause finora per ni oscure, e sembra avere una base fisiologica e un carattere di razionalità.

*
* *

La gastrectomie

par M. André RICHARD,
Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Voici les quelques observations que me suggère le résumé des rapports sur la gastrectomie, et quelques opinions personnelles sur l'opération.

1° Partisan, comme la quasi unanimité des rapporteurs de la résection large, je suis surpris de ne pas voir figurer au nombre des arguments qui militent en sa faveur, l'existence de l'infection de l'ulcère, dans un certain nombre de cas qu'on peut prévoir par l'histoire clinique et les examens du sang : en particulier cette résection large pratiquée dans les ulcères perforés au cours des six à dix premières heures est plus logique qu'une exérèse localisée risquant de passer en pleine zone hyperseptique, d'après les travaux de Pierre DUVAL.

2° Le choix du procédé, qui est de façon générale en faveur du Reichel-Polya ou de ses dérivés, me paraît devoir accorder une préférence à la méthode de Finsterer, qui outre un fonctionnement immédiat et tardif parfait, place la bouche toujours en position basse, bien protégée et séparée solidement de l'ancien siège de l'ulcus par la fixation soigneuse aux deux lèvres de la brèche mésocolique.

3° Malgré ce qui vient d'être dit, il ne saurait, comme y insiste Cunéo, y avoir d'idée préconçue pour un chirurgien, à ce sujet : selon les cas, le meilleur procédé sera celui qu'au cours de l'opération, le chirurgien, entraîné aux diverses méthodes, jugera comme devant être d'exécution plus facile, simple, rapide, tout en donnant le maximum de garanties : aussi ne doit-on pas négliger les procédés de Kocher et de Péan, susceptibles des plus beaux succès. En particulier pour ce dernier, qu'il nous soit permis d'insister avec M. Zaorski sur ce fait que la dénomination Billroth I va contre toute honnêteté scientifique. Péan, le premier sur l'homme, a réa-

lisé ce procédé le 9 avril 1879, alors que Billroth a eu la première guérison seulement le 28 février 1881.

4° Enfin, il nous semble ainsi que le dit M. Lardennois, que la préparation du malade, le choix de l'anesthésie, les progrès de la technique, sont des facteurs essentiels en faveur de l'abaissement de la mortalité : la préparation, outre tous les moyens locaux et généraux bien connus actuellement, bénéficiera souvent d'une vaccination guidée par la cutiréaction (enterocoques, streptocoques).

Quant à l'anesthésie, si nous employons volontiers l'anesthésie locale pure chez les cachectiques et les hypotendus, il nous a semblé, quoique n'en ayant aucune pratique personnelle, qu'il était préférable d'y associer l'anesthésie des splanchniques : ces temps derniers en particulier nous avons vu la perfection et la constance de cette anesthésie dans la clinique du professeur Schramm, de Lwow.

Personnellement nous avons donné la préférence à la rachianesthésie haute (10ème dorsale) avec peu de novocaïne (6 à 8 centigr.). L'excellence du silence abdominal qui hâte et facilite l'opération, la rareté extrême des complications pleuropulmonaires et la grande bénignité du procédé qui, en général, sur 3000 rachis nous a donné une mortalité nulle, nous encourage à continuer dans ce sens.

Quant au choix du matériel des sutures, aussi bien l'expérience acquise chez nos divers maîtres que ce que nous pratiquons régulièrement d'une part, les travaux expérimentaux récents faits en Russie d'autre part, nous confirment dans l'usage exclusif du fil de lin, rapidement immergé, pour en faciliter le glissement dans l'huile goménolée stérilisée. L'utilisation d'aiguilles de couturière droites — tant qu'il est possible — maniées directement à la main avec l'aide d'un dé chinois, nous semble d'une simplicité, et après entraînement, d'une rapidité difficile à égaler par d'autres moyens.

* * *

De la résection de l'estomac pour ulcère gastrique et duodénal

par le Docteur L. MAYER,

Agrégé de l'Université de Bruxelles

L'exposé si clair et si consciencieux de notre collègue Ramsdell appuyé par notre président du Congrès de Rome.

M. Giordano, par M. Archibald Young et par M. Felice Rossi m'engage à vous dire mes préférences pour la gastro-entérostomie dans les ulcères gastro-duodénaux. N'oublions pas en effet que l'ulcère gastro-duodénal est une affection bénigne et qu'une mortalité opératoire de 10 à 15 % comme en ont avoué certains des orateurs précédents me paraît excessive quand il s'agit d'une maladie qui, pour être douloureuse et dangereuse, n'en est pas moins d'ordinaire compatible avec la vie. D'autre part le risque de cancérisation des ulcères me semble bien minime pour justifier une résection systématique. Du reste, la résection, pas plus que la gastro entérostomie, n'est une opération curative puisque nous ignorons la cause de l'ulcère et que des récidives ont été publiées même par les partisans les plus enthousiastes de la pylorectomie. A mon avis, dans l'ulcère duodénal et dans la sténose pylorique cicatricielle, la gastro-entérostomie est incontestablement la méthode de choix par suite de sa grande bénignité et des résultats fonctionnels excellents qu'elle donne dans 80 % au moins des cas ; rien n'empêche du reste de recourir à une résection secondaire en cas d'échec, comme notre collègue M. Okinczyc l'a excellemment montré.

Dans l'ulcère médio-gastrique par contre, où la gastrectomie est du reste techniquement plus facile, la résection paraît préférable. Quant à préconiser la résection gastrique avec conservation de l'ulcère sur la portion gastro-duodénale dans les cas très adhérents d'ulcères juxta-pyloriques c'est une technique qui me paraît vraiment irrationnelle.

Pour l'anesthésie j'ai complétement renoncé à la rachi dans les interventions gastriques ; le shock post-opératoire m'en a paru accru. Chez les sujets très débilités je me sers sans enthousiasme de l'anesthésie régionale ; dans la grande majorité des cas j'utilise la narcose à l'éther au moyen de l'appareil d'Ombrédanne ou de Roth-Dräger avec injection préalable de pantopon. Le lavage de l'estomac pendant les 3 jours qui précédent l'intervention au moyen d'eau iodée, les toniques cardiaques, la transfusion sont d'utiles adjuvants du traitement pré-opératoire ; la vaccination ne m'a pas donné satisfaction ; les lavements de lait créosoté diminuent le risque de pneumonie post-opératoire (2 fois par jour 45 gouttes de créosote pure dans 50 grs. de lait.)

*
* *

Dr. TRAVIESO, Carlos R.

Ciudadano Présidente,
Senores Congresistas,

El importantisimo asunto, sobre el tratamiento quirùrgico de la ùlcera gastro-duodenal, asi como sus resultados tanto tardios como alejados, ha sido ya extensa y brillantemente tratado por profesores y cirujanos de reconocida competencia.

Pero siendo este, un Congreso Internacional, hemos creido, mi colega y amigo el Doctor F. Conde-Jahn y yo, de algun interés, la exposicion sucinta, del criterio que guia a nuestros Cirujanos, en el tratamiento de estas afecciones, asi como de sus tecnicas empleadas, y de sus resultados obtenidos.

El ulcus duodenal, por el hecho de su tendencia a la curación, bajo la simple influencia del reposo y el regimen dietetico, asi como tambien por la rareza de su tendencia a la degeneracion neoplásica, puede curar por un tratamiento medico adecuado ; pero cuando ésté fracasa, nuestros cirujanos intervienen, practicando una gastro-entero-anastomosis, siempre que exista una estenosis pilorica completa, pues en caso contrario, si irrita la superficie cruenta y la gastro-enterostomia, se muestra sin efectos. En estos casos, vale mas practicar una operación radical, una gastro-piloréctomia.

En cuanto al ulcus gástrico, no imposta cual sea su situacion topográfica en la viscera, es siempre tratado por la resección gastrica, y nuestros cirujanos hacen gastrectomias amplias, como por demas pratican todos los cirujanos partidarios de la gastrectomia, con lo cual se obtenien exelentes resultados, pues de una parte se suprime por completo, o por lo menos se dismiuye en gran escala la hiperacides, y por otra, el segmento de estomago se dilata, como lo comprueba la radiologia.

Los metodos comunmente e indistintamente empleados son el Billroth II y el Reichel-Polya, que dan resultados sensiblemente analogos.

En cuanto a los resultados tardios que nuestros cirujanos han obtenido en la pratica de las resecciones gastricas, es de lamentar, y por ello pido a Uds excusas, que no puedo dar les cifras estadisticas, pues pedimos a caracas, todos los datos referentos al asunto y desgraciadamente aun no han llegado a nuestro poder ; pero sin embargo, y de manera general, puedo decirles, que nuestras estadisticas son excelentes, y el porcen-

tage de mortalidad muy reducido, y ello se debe, a que el terrible factor de las complicaciones bronco-pulmonares, que tanto ensombrecen el pronostico en la gastrectomia, entre nosotros son por decirlo asi, excepcionales, debido a que en los tropicos, no es el pulmon, sino el higado el locus minoris resistenciae ; y por tanto las complicaciones que presentan nuestros operados, son de naturalesa hepato-intestinal y en general sumamente benignas, no llegando casi nunca a causar la muerte del operado.

*
* *

Résultats éloignés du traitement chirurgical des ulcères gastrique et duodénal

par M. le professeur I. G. TANASESCU, de Iassy.

Au cours de ces dix dernières années, j'ai pratiqué, sur l'estomac, 391 interventions, dont 257 pour des ulcères de l'estomac ou du duodénum.

D'après leur siège anatomique, ces ulcères étaient répartis de la façon suivante :

1° 112 ulcères pyloriques, pour lesquels j'ai effectué 11 gastro-pylorectomies : Billroth II huit fois, Krönlein-Mikulicz une fois ; Polya une fois ; Finsterer une fois.

J'ai revu six de ces malades : ils étaient complètement guéris. Les résultats les plus éloignés dépassent deux ans.

2° 70 ulcères du duodénum. Dans cinq cas, j'ai fait la gastro-pylorectomie.

Au bout de deux ans, j'ai revu cinq de ces malades et j'ai constaté quatre guérisons complètes et une amélioration.

3° 57 ulcères de la petite courbure, pour lesquels j'ai pratiqué : 15 résections en selle avec suture longitudinale ; 3 résections partielles, complétées par gastro-entérostomie ; 9 gastro-pylorectomies.

Dix-huit de ces malades se sont représentés, et j'ai pu constater les résultats suivants : 9 guérisons ; 4 améliorations ; 5 échecs.

Je n'ai revu certains des opérés guéris qu'au bout de cinq ans.

4° 6 ulcères multiples. Il m'est arrivé une fois de faire une résection segmentaire du type Krönlein-Mikulicz ; résultat : guérison définitive.

5° 4 ulcères peptiques du jéjunum, après gastro-entérostomie. Tous ces ulcères ont été réopérés après six, sept, neuf et onze ans ; résultat : quatre guérisons.

Dans chacun de ces quatre cas, j'ai pratiqué une résection large, avec anastomose en Y.

6° 2 sténoses médiogastriques. J'ai fait une fois une résection annulaire, à la suite de laquelle j'ai enregistré la guérison.

De ce bref exposé, il ressort que j'ai pratiqué : 49 résections de l'estomac, pour des ulcères ; j'ai obtenu des guérisons complètes dans la proportion de 51.55 %, et une mortalité de 16 %.

Si cette statistique ne constitue pas un argument très démonstratif en faveur de la résection en rapport avec la gastro-entérostomie, j'ai néanmoins la conviction que la résection est beaucoup supérieure, à plusieurs points de vue :

D'abord. parce qu'elle suprime, avec l'ulcère, toute la partie de l'estomac qui est, le plus souvent, le siège des ulcérations;

Elle diminue l'hyperacidité ;

Elle empêche fréquemment les récidives ;

Elle expose moins à la formation de l'ulcère peptique.

La majeure partie des malades ont très bien supporté la résection.

La résection reste donc indiquée pour tous les cas où elle peut être exécutée dans de bonnes conditions, pourvu toutefois que l'état général du malade le permette.

*
* *

Dr. GEORGES J. PETRESCU, de Sighisoara (Roumanie)

Avec mon ami, le Dr. Stefan Chelemen, nous avons l'honneur de vous présenter la statistique suivante des opérations exécutées sur l'estomac, à partir de janvier 1929 jusqu'à présent.

Dans ce laps de temps, à l'hôpital de Sighisoara (Roumanie) nous avons opéré un nombre de 244 ulcères gastro-duodénaux. 62 % d'entre eux, c'est-à-dire 152 ont été réséqués, le

reste, 38 %, c'est-à-dire 92, ont été traités par des méthodes palliatives.

Dans la première catégorie, nous avons eu 69 ulcères duodénaux, 41 pyloriques, 33 de la petite courbure, 4 multiples, 2 de la face postérieure, 1 de la face antérieure, 2 peptiques de l'anastomose. En ce qui concerne les opérations exécutées, la plupart ont été réséqués d'après la méthode de Reichel-Polya ou Hoffmeister, c'est-à-dire un nombre de 114 ; 6 ont été opérés d'après la méthode de Péan-Rydygier, 2 pour résection longitudinale de la petite courbure d'après le procédé de Kaiser, une résection en échelle à la façon de Schmieden II, trois résections transversales Riedl-Payr, une résection simple de la petite courbure, deux résections circulaires de l'anastomose pour des ulcères peptiques, une d'après Kraske Lynn et enfin une résection de l'ulcère et du pylore chez un gastro-entérostomisé il y a 15 ans. D'autre part nous avons exécuté un nombre de 22 opérations dites palliatives d'après d'après la méthode de Finsterer.

La majorité de ces interventions a été pratiquée à la simple anesthésie locale de la paroi abdominale ; un nombre de 99 malades ont bien supporté l'opération comme cela, 33 malades ont été opérés sous la rachinovocaine, 16 sous narcose à l'éther ou au chloroforme, 3 fois l'anesthésie locale ayant complètement disparu vers la fin de l'acte chirurgical nous fûmes obligés d'administrer aux malades un peu d'éther, et une seule fois l'anesthésie des splanchniques. La guérison des malades s'est fait dans de bonnes conditions. Nous avons eu deux morts seulement, donc une mortalité globale de 1,31 %. Dans les derniers deux mois, nous avons appelé pour contrôle un nombre de 130 malades, le reste de 22 étant trop récemment opéré. Il s'est présenté un nombre de 70, donc 53 %.

On a procédé à leur examen clinique, on leur a fait le chimisme stomachal et l'examen radiologique.

Cliniquement, un nombre de 13 seulement présentaient divers phénomènes (brûlures de l'estomac, constipation et surtout diarrhée, deux fois seulement, quelques rares vomissements). Le reste, soit 82 %, est tout à fait bien guéri.

Chez un nombre de 54 seulement, on a pu faire le chimisme gastrique ; le reste refusant le lavage de l'estomac malgré notre insistance. On a trouvé chez 3 sujets de l'hyperacidité, chez 2 sujets de l'anacidité, chez 49, un chimisme normal.

A l'examen radiologique des trois réséqués d'après Péan-Rydygier, on constate que la forme de l'estomac est modifiée, par suite du manque d'antre pylorique. La nouvelle sortie se

trouve à gauche de la colonne vertébrale. Un peu plus étroite, elle ressemble un peu à un pylore normal, mais non pas entièrement fermé. Péristaltisme un peu amoindri vers la sortie, Evacuation presque normale.

Chez un malade avec résection transversale ; on observe une légère tendance vers la biloculation.

Presque tous les autres présentent une bouche anastomotique non douloureuse, mobile, une bonne évacuation complète après 2 à 3 heures. Dans deux cas on observe une légère incontinence. Chez un seul malade la bouche anastomotique est devenue sensible, les mouvements de l'estomac réduits.

Comme conclusion, le résultat dépend : primo, de la technique suivie, secundo, de l'anesthésie employée.

La résection doit être aussi large que possible (la moitié et même les trois-quarts de l'estomac) ; l'anse jéjunale ne doit pas être trop longue. Pour la bouche anastomotique, la méthode de Hoffmeister est la meilleure, autrement l'évacuation stomachale se fait trop rapidement. En ce qui concerne le drainage, notre opinion est qu'il ne faut le faire qu'à titre d'exception. Les fistules duodénales, si fréquentes dans certaines statistiques, proviennent souvent du drainage.

La durée de l'opération ne dépasse chez nous que très rarement 1 à 1 heure 1/2.

Quant à l'anesthésie, l'anesthésie locale précédée d'une injection de 0,02 centigr. de morphine est, si l'on peut s'exprimer ainsi, idéale pour les opérations sur l'estomac. Nous l'employons presque toujours dans le dernier temps, simple, à la paroi seulement, et c'est à elle, certainement, que nous devons la mortalité réduite de 1,31 %.

*
* *

Gli esiti della resezione gastrica per ulcera duodenale e gastrica

Risposta del Relatore Prof. BALDO ROSSI di Milano

Mi permetta il Presidente di riprendere la parola per ringraziare tutti gli illustri Colleghi i quali con tanta autorità hanno preso parte alla discussione che è riuscita così interessante e proficua anche per le numerose statistiche riportate e che dimostra quanto sia viva l'attenzione dei chirurghi sull'argomento.

Ci è di vivissimo compiacimento il vedere che le direttive dei chirurghi qui convenuti collimano in via generale colle nostre.

In fondo ci siamo trovati tutti d'accordo nel dire che la g.e.a., come la resezione duodeno-gastrica possono avere volta a volta ragioni speciali di applicazione nella cura operativa dell'ulcera.

Precisare le linee della loro indicazione è molto difficile, perchè come è ancora oscura la ragione eziologica dell'ulcera si comprende come anche la terapia non possa essere messa su direttive assolute.

In tesi generale possiamo dire che se la g.e.a. può essere considerata come un eccellente mezzo curativo nelle stenosi piloriche per esiti cicatriziali di ulceri ed anche nelle ulceri duodenali e piloriche che volgono a guarigione per progressivo affievolimento della flogosi ulcerosa, quando l'ulcera è ancora in atto e quando esistono fatti infiammatori periulcerosi con forte ipercloridria, è opportuno ricorrere alla resezione d.g. ampia come all'operazione che ci permette di combattere la malattia ulcerosa in tutte le sue manifestazioni, di asportare cioè assieme all'ulcera la parte infiammata della parete viscerale (causa dell'ipercloridria e possibile sede di altre ulceri) e praticare la neostomia su una zona decisamente sana della parete.

Esiste però fra queste direttive una larga zona di confine nella quale i dispareri sono ancora forti ed auguriamoci che tale zona vada sempre più diminuendo.

Qui mi permetto di dire al mio amico Prof. Uffreduzzi, il quale lamenta che la g.e.a. dia ora risultati meno brillanti di una volta, quando era cioè praticata da pochi maestri, che io credo che ciò dipenda, più che da difetto di esecuzione da parte di chirurghi modesti, dal fatto che in altri tempi la g.e.a. era praticata quasi esclusivamente nelle stenosi piloriche da esiti cicatriziali ed attualmente molti chirurghi pretendono di curare con essa la malattia ulcerosa in tutte le sue fasi, mentre anche le risultanze delle discussioni al Congresso hanno ribadito che la terapia deve essere diversa a seconda dei momenti di evoluzione della forma.

A questo proposito mi permetto di ritornare su un punto il cui valore non è stato a parer mio sufficientemente messo in luce nella discussione : la importanza, cioè, della cura medica, la cui razionale e diligente applicazione deve essere sempre esperita prima della cura chirurgica e deve sempre seguirla, specialmente quando si tratta di forme iniziali.

Essa, se rigorosamente praticata nelle prime fasi della malattia ulcerosa, può guarirla. Se non la guarisce, vale però sempre a diminuire la stato flogistico della parete gastrica e con ciò facilita o meglio assicura il compito dell'intervento per la guarigione della malattia.

Dopo l'intervento essa può evitare le complicazioni e le ricadute, meglio assicura la guarigione buona e definitiva e può rendere più rapido il ripristino delle condizioni generali del paziente.

Quasi tutti sono d'accordo nel riconoscere che, applicata nelle fasi attive della malattia ulcerosa, la resezione d.g. porta con maggiore sicurezza alla cessazione dei disturbi infiammatori e da ulcera, determina risultati funzionali migliori, garantisce contro il pericolo, di eventuali complicazioni. E qui voglio dire al mio amico Prof. Alessandri, che quasi ha messo in dubbio la possibile complicanza della cancerizzazione dell'ulcera gastrica, come in base alla nostra statistica e a molte statistiche altrui, questo pericolo esista realmente e debba essere considerato come una delle principali ragioni per la resezione nell'ulcera dello stomaco.

Ed osservo che, se per consenso unanime, i processi infiammatori cronici sono quelli sui quali più facilmente viene ad innestarsi il cancro e se veramente una delle azioni profilattiche del carcinoma deve essere l'allontanamento dal nostro organismo di eventuali focolai infiammatori cronici, dobbiamo questo principio profilattico tanto a maggior ragione applicarlo all'ulcera callosa dello stomaco colla resezione, in quanto essa è una delle più caratteristiche forme infiammatorie a carattere irritativo.

Veniamo ora alla questione importantissima della mortalità operatoria, tanto nella g.e.a., come nella resezione d.g. per ulcera.

Nella nostra relazione noi ci siamo proposti di esaminare il valore curativo della g.e.a., delle resezioni parziali e specialmente della resezione d.g., sopratutto sulla base di uno studio eminentemente biologico, e studiare così le alterazioni anatomo-patologiche della forma in ogni momento della sua evoluzione, attraverso un accurato studio dei pezzi resecati per raffrontarli alle manifestazioni cliniche ed ai risultati terapeutici ottenuti, onde arrivare ad una sintesi conclusiva sul migliore indirizzo curativo.

In base a questo programma ed anche per evitare nel campo del possibile di bombardarci coi grossi calibri della statistica, ci siamo limitati a riferire i casi di morte man mano che

passavamo in rassegna i casi clinici riferentisi alle singole fasi caratteristiche della malattia ulcerosa della nostra casistica.

Sintetizzando dai diversi gruppi i risultati della nostra mortalità abbiamo potuto concludere che sopra più di 200 casi di resezione d.g. per malattia ulcerosa, comprese quelle complicazioni gravi, quali lo stomaco a clessidra, le emorragie acute, le ulceri cancro, le ulceri peptiche, la mortalità globale è stata dell'8 %.

Abbiamo aggiunto che riferendoci ai soli casi di ulcera gastrica e duodenale esenti da complicazioni speciali, la mortalità sarebbe stata di poco inferiore al 5 %. Ma la distinzione ha scarso valore in quanto che mai possiamo sapere prima dell'intervento, se si potranno o no trovare complicazioni speciali.

Qui abbiamo sentito parlare di mortalità dall'1 al 2 % nelle g.e.a. del 2, del 3,2 del 3,75 % ecc. nella resezione d.g. Forse certi risultati statistici dipendono dalle fortunate risultanze di un limitato numero di interventi. Però se noi dovessimo calcolare nelle risultanze degli operati per ulcera con emorragia acuta, 5 casi con 5 guarigioni, avremmo avuto il 0 % di mortalità, che si cambierebbe poi nel 16 % per l'eventuale morte di un 6° caso.

Il Prof. Uffreduzzi ha detto in proposito una parola franca e veritiera : La mortalità per g.e.a. è superiore all'1 al 2 %, quella per resezione d.g. deve essere considerata sull'8 %.

E' una cifra questa che corrisponde anche ai nostri risultati ed io mi compiaccio molto con lui che, con franchezza e serietà, ha voluto mettere nel suo giusto valore questo dato tanto importante della questione.

Questo anche per ribadire, in contrasto alla faciloneria di qualcuno, quanto abbiamo affermato nella nostra relazione : la resezione gastrica è cioè grave, ardua e difficile, la quale richiede maturità chirurgica da parte di chi la eseguisce, mezzi ed assistenza di primo ordine ; e per dire ancora, a chi non ha potuto farsi una larga preparazione nella tecnica attraverso alle operazioni per cancro, che anche la g.e.a. può portare a risultati soddisfacenti, se pure non paragonabili a quelli della gastrectomia.

Un'ultima parola sulla tecnica.

Abbiamo sentito parlare di preferenze per il metodo di Billroth prima maniera, di Billroth seconda, di Polya e loro modificazioni.

Noi, pur pensando che tutti i metodi possono avere il loro lato di praticità, crediamo che, in tesi generale, i processi a ricomposizione gastro-digiunale siano da preferirsi a quelli a ricomposizione gastro duodenale ; e specialmente per due ragioni.

1°) Poichè tutti siamo d'accordo sulla necessità di una resezione ampia nella cura della malattia ulcerosa, bisogna anche dire che la ricomposizione di una resezione ampia non può farsi che coll'unione gastro-digiunale.

Chi deve mettersi nella possibilità di eseguire una ricomposizione gastro duodenale non può fare delle resezioni veramente ampie.

Per conto mio dico francamente che dopo aver praticato una resezione veramente ampia non ho mai potuto ricomporre la parte secondo la 1ª maniera di Billroth.

2°) Per praticare l'unione duodeno-gastrica occorre conservare un tratto della prima porzione del duodeno che nella malattia ulcerosa à quasi sempre sede di fatti infiammatori e che perciò è bene togliere o mettere in completo riposo ; provvedimento di impossibile attuazione colla Billroth 1ª o sue modificazioni.

*
* *

Résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcus d'après vingt-neuf ans de pratique personnelle

par VICTOR PAUCHET (de Paris)

La gastro-entérostomie est à la portée de tous les chirurgiens, alors que la gastrectomie exige une longue expérience de ce genre d'interventions. J'ai la certitude que tous les chirurgiens, quels qu'ils soient, reconnaissent la supériorité de la gastrectomie sur la gastro-entérostomie, car les suites éloignées de la résection sont nettement supérieures. S'ils avaient l'occasion de pratiquer, tous les jours, ces sortes d'opérations, ils ne seraient pas longs à adopter l'intervention radicale.

(1) A titre exceptionnel, le Secrétaire général a été autorisé à lire les conclusions de ce travail dont l'auteur a été empêché, pour raison de santé, d'assister au Congrès.

Les G-E laissent, pour l'U.D. 1/3 de non guéris dont un certain nombre susceptibles de complications graves. Dans les formes bénignes de l'U.D. et de l'U.G., la résection est bénigne. Dans les formes graves, la G-E ne donne aucun résultat thérapeutique ; dans ces cas la gastrectomie est sérieuse, mais guérit les opérés 95 fois sur 100, définitivement.

Les U.G. sur lesquels on pratique une G-E n'en font pas moins du cancer par la suite, s'ils doivent en faire ; ils présentent quand même des troubles et sont simplement soulagés par la G-E. Même quand ils déclarent « aller bien » après la G-E, ils ont encore des troubles dyspeptiques, auxquels ils s'habituent avec des poudres et des moyens médicaux. Les chirurgiens qui ont fait la G-E et soulagent leurs clients par de bonnes paroles, ne les revoient plus, car ceux-ci vont se faire opérer par un autre, qui leur enlève l'estomac et les guérit, dans la très grande majorité des cas.

Voici 29 ans que j'opère les ulcus (1.800 environ) ; j'ai relevé simplement les opérations des 9 dernières années. Le Dr. Luquet a pris ce soin à l'hôpital St.-Michel. Il a relevé 517 opérations pour U.G. et U.D. Le Dr. Hirchberg, dans les cliniques privées où j'opère, a relevé les interventions analogues. Je suis arrivé ainsi au chiffre de 915. J'ai fait en tout 3 G-E pour U.G., parce qu'il s'agissait d'ulcus près du pylore chez des sujets âgés. En cas d'U.D., je pratique 8 résections pour une G.E. Je reconnais que sur les sujets *obèses*, atteints de U.D., il faut rarement faire la gastrectomie, qui est plus grave ; il vaut mieux faire une G-E, quitte à pratiquer une gastrectomie, si nécessaire, quelques mois plus tard, alors que le malade a été soumis à un régime d'amaigrissement. Cette G-E se fera alors souvent sur la face antérieure et précolique, car la G-E postérieure, chez un homme gras, peut présenter quelque danger. Ce qu'il faut, c'est que le chirugien se mette bien dans la tête cette double formule ; un sujet gastro-entérostomisé qui « ne va pas », doit être préparé et réopéré sans hésitation ; mieux vaut guérir un malade en deux fois, ou en en plusieurs, que de le laisser mourir ou souffrir constamment. Mieux vaut faire une opération qui nécessite quelques soins médicaux post-opératoires faibles, sans opération grave, que de risquer sa vie.

Les recherches du Dr. Luquet, qui portent sur les années 1919-1928, sont publiées dans le livre paru chez Doin, éditeur (1). Les notes recueillies par le Dr. Hirchberg et qui ser-

(1) **Ulcus gastrique et duodénal.**

vent à cette communication, proviennent de la même époque, et portent sur un nombre total de 710 gastrectomies et 194 pour ulcus. Pendant le même temps, j'ai fait 380 gastrectomies et 45 G-E pour cancer ; 330 gastrectomies et 150 G-E, qui n'entrent pas en considération.

La mortalité globale des résections pour ulcus simple, est de 8 % mais il faudrait distinguer l'ulcus simple, non compliqué, dont la mortalité est de 2 % et l'ulcus compliqué (ulcus opéré au cours d'hémorragie grave, térébrant dans le pancréas ou dans le foie, ulcus suppurants, ulcus géants très étendus, ou haut placés, ou accompagnant un état général grave). Pour cette dernière catégorie, nous arrivons à un chiffre très élevé de mortalité : 15, 20 et même 25 % (ulcus géants). Ceux qui pourraient critiquer cette gravité de l'opération seraient bien aimables de me dire quelle opération ils proposent dans ces cas. Ce n'est pas la G-E certes. Que pourrait-elle leur donner pour un ulcus térébrant ou une ulcération qui s'étend du pylore au cardia...? Le risque de mortalité est alors de 10, 15, 20 % sans doute, mais la G-E dans ces cas n'est qu'un camouflage chirurgical.

La gastrectomie est plus grave chez l'homme ; elle présente, chez lui, une mortalité 3 fois plus élevée que chez la femme. Cette fréquence plus grande tient à ce que les ulcères sont plus graves chez l'homme. L'ulcus est plus grave après 50 ans. Les 2/3 des décès après gastrectomie, surviennent après 50 ans, 1/3 avant. Cette remarque concerne aussi bien l'U.G. que l'U.D. La mortalité globale de la G-E pour U.D. et U.G. a été de 6 %, ce qui est très élevé, mais ce qui tient à ce qu'elle est toujours faite dans de mauvais cas, chez les sujets obèses ou azotémiques. Si j'avais toujours observé cette réserve des dernières années, ma statistique de gastrectomies serait meilleure encore. La G-E, comme la gastrectomie, peut aussi donner des complications mortelles. Dans l'état actuel de mes idées, la G-E doit être préférée toutes les fois que la gastrectomie semble comporter un risque opératoire élevé, souvent dans ces cas, la G-E ne sera qu'un premier temps opératoire et sera suivie ultérieurement d'une résection dans les meilleures conditions de sécurité. Ainsi, en consultant les statistiques d'opérations secondaires, les résections étendues, graves, faites pour des complications tardives, des G-E pour U.D. ou U.G., il y a seulement 2 cas de mort : un pour ulcus peptique térébrant, un pour hémorragie après résection,

chez une ancienne gastro-entérostomisée ; il s'agit ici d'un U.D. qui a continué à présenter des hémorragies graves (1).

Ces 37 cas réopérés représentent les complications de notre série de 45 G-E (en tout 7 cas) ; le reste correspondait aux malades qui ont subi l'opération dans différents services de mes collègues, soit en France, soit à l'étranger.

Voilà la répartition de ces cas qui indiquent quelles sont les complications tardives, les plus fréquentes, dont j'ai pu avoir des nouvelles après une G-E simple : 10 ulcus peptiques, 7 melaenas, 6 drainages insuffisants, 2 cancérisations secondaires de l'ulcère de la petite courbure, 3 coexistances d'ulcère duodénal avec appendicite nette et épiploite, 2 ulcus duodénaux avec cholécystite calculeuse et épiploite, un ulcus duodénal avec cholécystite, épiploite et appendicite.

Les complications après G-E sont dûes aux conditions suivantes :

a) coexistence et persistance d'ulcère gastro-pylorique, possibilité d'évolution de l'ulcère de la petite courbure ou d'un ulcère peptique ;

b) coexistence d'un foyer extra-gastrique : appendice, vésicule, épiploon ;

c) mauvaise hygiène alimentaire, reprise trop rapide de l'alimentation anti-hygiénique ;

d) état général du malade : présence de la syphilis, qui retarde la cicatrisation de l'ulcère.

La fréquence de ces complications est, dans nos propres cas de G-E : ulcère peptique, 2 % ; hémorragie, 10 % ; ulcus secondaire de la petite courbure, 4 % ; transformation secondaire après G-E pour ulcère de la petite courbure, elle semble être rare (2 % des cas environ) ; c'est d'ailleurs un chiffre à confirmer, qui ne correspond pas à la fréquence des ulcérocancers, qui est de 10 %.

La meilleure preuve de la valeur curatrice de la G-E est la disparition complète, ou cicatrisation, de l'U.D. dans 65 % des cas, à l'occasion d'une seconde opération pratiquée pour une autre localisation (vésicule, appendice).

---

(1) Sur 45 G-E pour U.D., 2 ont été opérés pour ulcus secondaire de la petite courbure, une pour ulcus peptique; une malade a présenté des hémorragies 7 ans après et une autre 5 ans après; une 3ème, 8 ans après l'opération. Dans une proportion très importante (2/3 des cas), la G-E donne donc des résultats satisfaisants.

GASTRECTOMIE. — 33 malades revus et suivis par Hirchberg, pendant un temps variant de 2 à 7 ans, 26 résultats parfaits, reprise d'alimentation normale, souvent nettement anti-hygiénique. 3 troubles légers dûs aux écarts de régime, 2 ulcères peptiques, un après pylorectomie économique, un autre après gastro-pylorectomie suivie de Polya évoluant au cours d'une hyperchlorhydrie rapidement ascendante, un ulcus au niveau d'une anastomose gastro-gastrique après résection annulaire pour ulcus de la petite courbure. (1)

Pour que l'ulcus peptique ne se produise pas après la gastrectomie, il faut qu'elle soit large et accompagnée du dépouillement vasculo-nerveux total de la petite courbure.

Il est difficile de se rendre compte de la valeur comparative des différents procédés (Péan, Kocher, Polya, Billroth II) au point de vue des résultats éloignés, car nombre de malades n'ont pu être suivis ; en tout cas, notre impression nette est celle-ci : *le Péan donne le résultat optima,* mais nous ne le pratiquons que si le duodénum est assez large ; nous pratiquons, en effet, sur 10 gastrectomies, 2 Péan et 8 Polya. Le Péan est une cause très importante de succès. Les troubles peuvent être observés même après une gastrectomie large et peuvent être dûs à une cause extra-gastrique : pancréatite, englobant la vésicule, le duodénum et le côlon.

Dans l'ensemble, la gastrectomie est une opération remarquable, très supérieure à toute autre opération, bénigne malgré son apparence de complexité, mais il faut choisir convenablement ces cas ; il faut réserver l'anastomose simple aux malades obèses, azotémiques ou très fatigués. La gastrectomie désintoxique les malades très rapidement, par la suppression de l'ulcus et fait important, elle permet de supprimer une lésion en voie de transformation cancéreuse, dans 10 % des cas. Ces ulcéro-cancers au début donnent d'excellents résultats à distance ; j'ai un cas de 18 ans, deux restent sans récidive depuis plus de 7 ans sans aucun trouble gastrique appréciable (2) (5 ans et 4 ans). Il faut insister sur une remarquable tolérance des malades jeunes qui supportent les résections très étendues faites dans des conditions difficiles, dans des cas graves, après hémorragie abondante ou dans l'ulcus térébrant, avec un excellent résultat immédiat et de très bonnes suites éloignées.

---

(1) Observations publiées dans: Victor Pauchet, Luquet, Hirchberg, « Ulcères d'estomac et du duodénum », Doin, édit. Paris.

(2) Observations publiées dans: Victor Pauchet et Hirchberg. « Cancer d'estomac ». Doin, édit. Paris.

Nous avons vérifié, plusieurs fois, la présence de l'anachlorhydrie complète avec un reflux de bile à jeun, et après le repas d'épreuve, chez plusieurs de nos opérés de gastrectomie ; cela se voit aussi mais moins souvent après l'anastomose simple. La constatation inverse, celle de l'hyperchlorhydrie, doit faire craindre l'apparition d'une complication quoique l'ulcus jéjunal puisse s'observer au cours de l'anachlorhydrie complète (un cas).

Les fautes de régime, surtout abus du pain, du sel (régime hypochloruré) sont nettement nuisibles, par contre, la suppression complète de chlorures semble contre-indiquée; les fautes d'hygiène, excès de tabac surtout, d'alcool, sont à surveiller de près, car elles sont responsables d'un bon nombre de troubles éloignés après les résections gastriques.

*
* *

Dr. SZPER (Varsovie)

Depuis que Monprofit déclara au Congrès de 1905 que « les affections stomacales sont presque toujours justiciables d'un traitement chirurgical », la chirurgie de l'estomac a fait un pas gigantesque vers le radicalisme.

A force d'appliquer la gastro-entérostomie à tout propos et peut-être même hors de propos, on arriva à discréditer une bonne opération, susceptible de donner dans bien des cas des résultats excellents.

La chirurgie, agrandissant sans cesse son domaine, chercha mieux et nous voilà en présence de la résection. Est-ce un progrès?

Les « résectionnistes » intransigeants, dogmatistes pourrait-on dire, l'affirment et n'appliquent la gastro qu'aux malades se trouvant dans un état bien précaire.

La mortalité de la gastro qui dépasse rarement 2 % est donc alourdie de ces mauvais cas. Dans les services de mes maîtres, feu Ciechomski et le Professeur Sawicki, la gastro, que nous pratiquons dans des cas courants, donne une mortalité minime.

Au dernier Congrès Français de Chirurgie, dans les rapports de MM. Okinczyc et Delore, la mortalité de la résection atteint 15 %. Dans d'autres statistiques elle s'élève même à 20 % de mortalité immédiate.

Si l'on envisage les résultats du traitement chirurgical en fonction du siège de l'ulcère et de l'opération appliquée, on voit qu'il est possible d'obtenir de beaux résultats à moins de frais.

La simple gastro-entérostomie dans l'ulcère de la petite courbure donna des résultats très bons à M. Hartmann. L'excision du même genre d'ulcère suivie de la gastro-jéjunostomie, amena, entre les mains de M. Gosset, à une belle statistique. Celles de Gosset, Broster, les nôtres plaident en faveur de la gastro dans les ulcères pyloro-duodénaux.

La base physiologique de la résection semble être battue en brèche, ces temps derniers, par les travaux de M. Leriche et de ses élèves, qui ont prouvé que l'antre pylorique n'est pas le siège de la naissance de H Cl et que la diminution de la teneur en acide chlorhydrique est déterminée par une résection concomitante d'une partie des glandes du fond. En outre, que l'ulcère se développe le plus souvent sur l'emplacement des cellules muqueuses.

Si l'on admet qu'en pratiquant la résection étendue on fait de la chirurgie prophylactique, c'est-à-dire qu'elle tire ses indications de la possibilité de complications, on est amené à en discuter l'importance et la gravité par rapport au danger inhérent à l'acte opératoire mis en œuvre.

Les hématémèses et les melaenas cèdent dans la plupart des cas au traitement médical. De temps en temps même elles sont l'expression d'une gastrite chronique. La résection ne met pas à coup sûr à l'abri d'une nouvelle hémorragie et on n'est pas toujours certain de réséquer l'endroit saignant. Dans la statistique de M. Gosset, sur 49 malades ayant saigné avant l'opération, 2 seulement présentèrent des hémorragies après la gastro. Sur un grand nombre de malades opérés par mes Maîtres, mes Collègues de service et par moi-même, on n'a pas enregistré cette complication.

La perforation en péritoine libre n'est pas chose bien fréquente. Dans un service chirugical bien mouvementé, de 134 lits, il nous arrive d'en opérer 6 ou 7 par an. J'en ai opéré 4, en onze mois d'activité du service. Une grande statistique scandinave de Bager réunit 1767 cas d'ulcères gastriques et duodénaux, provenant d'une cinquantaine d'hôpitaux suédois et opérés par une centaine de chirurgiens en 14 ans, ce qui fait environ 18 cas par chirurgien et 35 par hôpital en 14 ans. Sur 11 malades opérés lors de mes gardes, ou opérations auxquelles j'ai assisté, de 6 à 27 heures après le début clinique, par simple suture et renforcement épiploïque, j'ai perdu un

seul opéré, âgé de 57 ans, au bout de 27 heures, mort de fistule duodénale deux mois après.

Dans l'évolution des ulcères perforés, il est un fait intéressant sur lequel M. Leriche attira l'attention le premier, autant que je sache, c'est que ces malades, une fois sortis de leur état aigü, se trouvent parfaitement bien durant des années. Un malade de Szerszynski, opéré par suture, fut réséqué 1 ans après, or le segment réséqué fut trouvé indemne de toute lésion. La perforation de l'ulcère semble être un coup de fouet favorable. Mon Maître, le Professeur Sawicki, opéra un ulcère perforé du duodénum. La perforation siégeait à la face postérieure et aucune suture n'y fut applicable. Aussi étant donné le mauvais état du malade, le professeur Sawicki dut se contenter du tamponnement. Cet homme, guéri de sa perforation, meurt un an après de tuberculose pulmonaire et à l'autopsie on ne trouve plus aucune trace d'ulcère ni aucun retrécissement. Cette observation a la valeur d'une expérience.

La *dégénérescence cancéreuse* secondaire de l'ulcère, de l'avis des médecins est rare, les statistiques chirurgicales de Hartmann, Cunéo et Duval, accusent 2 à 4 %. Il est fort possible que dans certains cas on ait affaire d'emblée à un cancer, donnant le change à l'œil nu par son ulcération.

La *récidive de l'ulcère* arrive aussi bien après la résection qu'après la gastro. Balfour en rapporta récemment 28 cas.

Les ulcères doubles guérissent très bien avec la gastro ainsi que le prouva M. Gosset, tandis qu'il n'est pas sûr qu'ils vont tomber sous le coup du bistouri.

L'*ulcère peptique* fut constaté aussi après la résection. Le Billroth II et le Reichel-Polya n'en garantissent pas.

L'épreuve du temps est en faveur de la gastro-entérostomie. J'ai vu des malades, opérés par mon Maître Ciechomski, même au bout de 35 ans, qui se portaient à merveille.

En somme les objections formulées contre la gastro portent aussi contre la résection et si, comme je viens de le dire, les indications de la résection sont tirées de conjectures, les contre-indications de la résection sont étayées par un fait et non des moindres, c'est la lourde mortalité immédiate dont est grevée la résection.

Abstraction faite des cas d'urgence, peu nombreux, la résection est pratiquée sur des hommes pour ainsi dire bien portants, menacés d'une des complications dans l'avenir plus ou moins lointain, car aux autres on fait la gastro. Or il est

sans analogie en chirurgie qu'on fasse une opération de telle importance et de gravité pareille pour un mal, dont on ne connait pas bien les limites anatomo-chirurgicales, ni l'évolution ultérieure.

Le choix de l'opération ne peut jamais être soumis à l'esprit de dogme. Il me semble qu'il faut réserver la résection aux ulcères calleux et à ceux, où l'examen des lésions laisse subsister le moindre doute sur leur nature néoplasique.

Dans les autres cas il vaut mieux, sans brûler les étapes, pratiquer la gastro-entérostomie, comme traitement pierre de touche. Je suis persuadé que dans bien des cas elle donnera les résultats voulus, dans d'autres, peu nombreux, la résection, moins grave alors, serait de mise.

*
* *

En fin des discussions, M. SCHOEMAKER (La Haye) conclut comme suit :

Nous ne sommes pas d'accord, ça veut dire que nous ne sommes pas contents.

Nous voulons tous avoir 100% de guérisons, et nous n'avons que 85 %. Mais pourtant la chose n'est pas si mauvaise.

J'ai opéré pour la deuxième fois sur 9 patients, qui se plaignaient de nouveau et je les ai guéri. Cinq fois j'ai fait une deuxième résection, et quatre fois j'ai fait une gastro-entérostomie.

Alors on dira : Voilà la gastro-entérostomie! Pourquoi donc ne pas la faire au début au lieu d'une résection? »

Je peux répondre : « J'ai opéré 17 fois sur des patients chez qui on avait fait une gastro-entérostomie pour un ulcère. Chez dix j'ai trouvé l'ulcère, qui n'était pas guéri et j'ai fait la résection ; les autres sept avait ce que Pribràm a nommé : « la gastro-entérostomie comme maladie », et chez eux j'ai simplement supprimé la gastro-entérostomie.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

VARSOVIE — 24 JUILLET 1929

A 10 HEURES

Présidence du Prof. Jean VERHOOGEN

ff. de Président du Comité International.

En ouvrant la séance, M. VERHOOGEN réitère aux Collègues Polonais et au Gouvernement les remerciements de l'Association pour l'accueil qui a été réservé aux congressistes. Un télégramme est envoyé dans ce sens au Président de la République à Cracovie.

*
* *

Rapport de M. le Dr Mayer

Secrétaire général de la Société.

Messieurs,

Conformément à l'article 5 de nos statuts dont un exemplaire se trouve à la disposition de chacun de vous, le premier point de l'Assemblée Générale de ce jour appelle la lecture du rapport du Secrétaire Général. Si, comme je l'espère, vous l'approuvez, vous lui marquerez une confiance que vous avez bien voulu lui témoigner déjà depuis 25 ans, ce dont je vous remercie vivement.

La question administrative principale à résoudre lors du présent Congrès est celle de nos relations avec les anciens membres austro-allemands de notre Association. Les décisions prises à Rome pouvaient faire supposer qu'ils assisteraient à notre réunion actuelle. Conformément à la décision qui a été prise

à l'Assemblée Générale du 9 avril 1926 à Rome par 181 voix contre 7, le Bureau, constitué par M. le prof. Willems, président du Comité International, M. le docteur Lorthioir, trésorier et moi, avait écrit à la date du 21 février 1927 aux anciens délégués de l'Allemagne, de l'Autriche et de la Hongrie, MM. Kumel, Von Eiselberg et Dollinger, la lettre que nous avions reçu mission de leur adresser. Je vous ai communiqué en mai 1927 la réponse négative du professeur Kuttner.

Le Bureau de notre Association a estimé que les instructions que vous lui aviez données ne lui permettaient pas, en présence de cette fin de non-recevoir, de continuer des pourparlers et le Comité International dans sa séance de lundi dernier a unanimement ratifié notre attitude. Dans l'intervalle nous avons appris par certains membres du Comité International notamment MM. DE QUERVAIN, SCKOEMAKER et KONDELEON, qui avaient eu l'occasion de s'entretenir à titre personnel avec plusieurs de nos anciens collègues que, malgré la clarté apparente de notre lettre, celle-ci, et surtout l'intention tout à fait conciliante de notre Association n'avaient pas été comprises; aussi le Comité International a-t-il chargé MM. DE QUERVAIN et SCHOEMAKER de faire connaitre au Président actuel de la Société allemande de Chirurgie notre désir de voir se rétablir, sans aucune restriction, la situation existant avant 1914 et de faire table rase du passé. Les 28 membres présents en séance du Comité International de lundi dernier se sont unanimement ralliés à cette solution.

Je vous demanderai de faire confiance à vos délégués pour permettre à ce malentendu de prendre fin en sorte qu'au prochain Congrès, nos anciens collègues reprendront leur place parmi nous, rendant ainsi à notre Association son caractère entièrement international.

A la séance inaugurale dont vous avez, comme moi, apprécié la solennité, M. le professeur VERHOOGEN, appelé par un vote unanime de vos délégués à remplacer M. le professeur WILLEMS pendant la durée de sa maladie, a prononcé en termes éloquents l'éloge des 54 membres décédés depuis notre dernière réunion; MM. ROUFFART, BLOCH, ROVSING, LE DENTU, ZAWADSKI, HASLTEAD, faisaient partie de notre Association depuis sa fondation et MM. CHAPOT, PRÉVOT et MADDEN siègeaient dans notre Comité International comme délégués depuis de longues années.

De tous ces 54 collègues dont certains occupaient dans leur pays respectif des situations éminentes nous conserverons le souvenir ému et leur nécrologie détaillée paraitra en tête du volume des comptes rendus que j'espère pouvoir publier le plus vite possible en comptant sur l'amabilité de chacun de vous pour que les manuscrits de toutes les communications qui ont été faites ou qui le seront encore à nos séances, me soient remis avant demain soir ou me parviennent à Bruxelles dans un très court délai.

J'ai à vous signaler en outre 27 démissions, presque toutes de chirurgiens à qui leur grand âge a fait craindre de ne pouvoir nous apporter une collaboration active et qui, sachant que nos statuts limitent le nombre de nos membres, ont cru utile aux intérêts de notre Association de nous envoyer, avec des regrets, leur démission pour nous permettre de les remplacer par des collègues en pleine activité de travail.

Le Comité International a d'autre part supprimé de la liste 27 membres qui, sans raison plausible, étaient en retard de paiement de leur cotisation depuis de longues années et que les délégués de leur pays respectif ont estimé ne pas devoir figurer dans nos listes. Nous aurons du reste à vous proposer tout à l'heure une addition à nos statuts qui rende statutaire une semblable décision. Dans sa séance de Lundi, le Comité International a ratifié les admissions des nouveaux membres.

Le Comité International a également révisé le nombre de membres admissibles pour chaque pays et vous propose de porter à 1.056 proposés le nombre de nos membres qui, après l'assemblée générale de 1926 était de 968.

Ce nombre de membres actuellement admis se compose ainsi par pays.

Argentine	9
Australie	2
Belgique	46
Brésil	3
Canada	17
Chili	1
Cuba	16
Danemark	34
Egypte	22

Equateur	1
Espagne	30
Etats-Unis	123
Finlande	4
France	137
Gr. Bretagne, Irlande du Nord	123
Grèce	10
Irlande	8
Islande	3
Italie	116
Japon	50
Lettonie	2
Norvège	13
Pays Bas	48
Pérou	5
Pologne	65
Portugal	24
Roumanie	22
Russie	17
Suède	21
Suisse	44
Syrie	14
Tchécoslovaquie	25
Turquie	2
Vénézuéla	2
Yougoslavie	11
	1.056

Vos délégués savent de façon précise le nombre de places vacantes dans chaque pays, et j'espère que ces vacances, d'ailleurs peu nombreuses, seront très prochainement comblées.

Au cours des réunions statutaires tenues par les différents groupes nationaux pendant les deux dernières journées du présent Congrès, certaines modifications ont été apportées à la composition des Comités Nationaux et à la désignation de leurs délégués au Comité International. Je vous signale à ce sujet comme particulièrement intéressante la décision du groupe américain qui a porté à 6 le nombre des membres de son Comité

National, en décidant que d'office le Président de la Société américaine de Chirurgie en fonction l'année du Congrès serait toujours l'un de ces 6 membres. Cette décision a été prise particulièrement pour assurer la présence d'au moins un membre du Comité National lors de chaque congrès de façon à éviter de voir confier la délégation au Comité International à un Collègue qui, sans avoir été préalablement au courant de l'administration de notre Association, se trouve dans l'obligation de siéger *ex abrupto* comme délégué de son pays.

L'importance sans cesse croissante de notre Association, qui se documente par le fait qu'à Rome le Comité International comportait seulement 22 membres tandis qu'à notre réunion de lundi dernier nous étions 28, explique et justifie cette décision que d'autres pays peut-être dans la suite trouveront opportun d'imiter.

Vous trouverez dans le compte rendu imprimé le nom des délégués à qui sont actuellement confiés les mandats de représenter leur pays respectif au sein du Comité International.

La Présidence du Comité a été continuée au professeur WILLEMS, étant entendu que durant sa maladie le professeur J. VERHOOGEN voudra bien le remplacer.

Certains délégués ayant demandé une modification aux statuts d'après laquelle les délégués ne pourraient être réélus plus de deux fois, ce qui aurait limité à 9 ans maximum la durée de leur mandat, le Comité International n'a pas approuvé cette façon de voir, estimant que la latitude laissée à chaque pays par nos statuts de renommer ou de ne pas renommer son délégué lors de chaque congrès est suffisante et qu'en principe il est souhaitable de laisser l'administration de notre Association le plus longtemps possible dans les mêmes mains.

Je m'en félicite d'autant plus vivement que j'aurais été navré de voir notre Société privée des services éminents que nous rendent certains délégués: tels par exemple de nos délégués en prenant tout à fait à cœur les intérêts de notre Association ont fait pour la réussite du Congrès une active propagande qui s'est traduite par la présence ici d'un nombre extraordinairement élevé de leurs compatriotes; l'attrait de la Pologne et l'excellente organisation de notre session que nous devons à l'activité remarquable du Secrétaire, M. le docteur WOJCIECHOWSKI, expliquent

que plus d'un tiers de nos membres se sont rendus à Varsovie; l'enthousiasme personnel de ces délégués a fait atteindre le nombre de leurs compatriotes à plus de la moitié de leur effectif. Je les en remercie vivement.

Quelques membres italiens et polonais ont demandé au Comité International d'inscrire dans le règlement d'ordre intérieur un paragraphe rendant plus difficile la présence à nos réunions triennales de confrères non membres de notre Association; il nous paraît tout à fait souhaitable de faire une descrimination parmi les congressistes entre la famille des membres de la Société qui, bien entendu, seront toujours les bienvenus à nos réunions et des chirurgiens non membres qui demandent à y assister. Je vous prie d'autoriser le Comité International à régler dans cet esprit cette demande tout à fait justifiée et légitime.

Des membres, belges, français, américains et italiens m'ont aussi demandé d'inscrire dans le règlement d'ordre intérieur un paragraphe disant qu'aucun travail, rapport ou discussion, ne pourra paraître dans nos annales s'il n'est présenté par son auteur lui-même; bien que le remplacement d'un orateur par un autre soit un fait très exceptionnel et pouvant se justifier par des maladies imprévues ou par des catastrophes aussi imprévisibles que celle de Cleveland, pour laquelle j'ai en votre nom, marqué à notre éminent collègue M. le professeur CRILE, nos vifs regrets en même temps que notre joie de le savoir lui même « save and well », je souhaite que vous exprimiez votre accord sur ce point pour éviter des remplacements plus ou moins justifiés par des maladies d'une réalité discutable.

Cela permettra à votre Secrétaire Général d'opposer des refus qui, sans cette mesure, pourraient paraître désobligeants.

Bien entendu cette mesure ne serait appliquée qu'à partir du Congrès de 1932.

Nous vous demanderons d'autre part trois modifications des statuts sur lesquelles j'espère que vous nous marquerez votre accord.

J'ai le plaisir, Messieurs, de vous informer que je suis, dès à présent, en possession des manuscrits de presque toutes les communications qui ont été faites. Je prie instamment les orateurs qui prendront la parole ce soir et demain d'imiter ce

bel exemple de façon à me permettre de publier le plus vite possible le compte rendu de notre 8e Congrès qui, grâce au labeur écrasant que nos rapporteurs se sont imposé et grâce à une assiduité aux séances que même une chaleur tropicale n'est pas parvenue à restreindre, aura certainement le mérite de modifier sur bien des points appréciables les doctrines chirurgicales actuellement régnantes.

Beaucoup d'entre nous ont illustré leurs communications de projections lumineuses; j'espère que notre trésorier m'autorisera à reproduire leurs dessins de façon à augmenter l'attrait de nos comptes rendus par des clichés d'un incontestable intérêt.

Mieux que par des remerciements, quelle qu'en soit la sincérité, je pense que nos collègues polonais ont apprécié combien nous leur sommes reconnaissants du magnifique accueil qu'ils nous ont réservé en apprenant que le nombre de nos membres présents à Varsovie est encore sensiblement plus élevé qu'au Congrès déjà si réussi et si admirablement organisé il y a trois ans à Rome.

Ce rapport est adopté par acclamations.

*
* *

II. — Rapport de M. le Dr J. Lorthioir

Trésorier de la Société.

Messieurs et chers Collègues,

J'ai la satisfaction de vous annoncer que, ainsi que je le faisais prévoir dans mon rapport présenté à Rome en 1926, la situation financière de la S. I. C. est actuellement prospère.

Loin de clôturer l'exercice 1926 (Congrès de Rome), par un déficit, nous avons à enregistrer un boni de fr. belges 13,445.90.

Ce boni est dû à l'augmentation des cotisations et à la bonne volonté qu'ont mise la plupart des membres à s'en acquitter.

Je dois toutefois constater avec regret que, par négligence évidemment, 108 membres sur 958 n'ont pas réglé leur cotisation, ce qui coûte environ 37,800 francs belges à la I. C.

Le Comité Directeur vous propose de rayer de la liste des membres les noms de ces chirurgiens.

Il leur serait toutefois possible de rentrer dans le sein de la Société, si le Comité International accepte la proposition de rentrée faite par les délégués de leur nation et s'ils payent la taxe d'admission exigée des nouveaux membres, soit 1/4 en plus de la cotisation normale.

***

Le Bilan du Congrès de Rome s'établit comme suit :

Recettes	Francs belges	Dépenses	Francs belges
Composées uniquement des cotisations, des cartes de participants et de l'intérêt des capitaux	230,544.59	Déficit Congrès Londres	19,295.59
		Frais d'impression	137,079.10
		Dépenses trésorier	3,650.20
		" secrétaire	33,225.40
		Frais d'expédition	17,808.40
		Subside Congrès Rome	5,000.—
		Couronne Soldat Inconnu, Rome	1,040.—
		Total	217,098.69

	Francs belges
Recettes	230,544.59
Dépenses	217,098.69
Boni	13,445.90
Achat de titres	13,172.25
A reporter	273.65

Le boni a servi à l'achat de 28 obligations Congo 6 °/₀, à 469 francs, plus frais de courtage et d'impôts, soit une dépense de 13,172 fr. 25. Le boni de 237 fr. 65 sera porté au crédit des comptes de 1929.

Ces titres s'ajoutent à notre réserve qui se compose de :

1 titre Rente Belge 3 °/₀, (1re série, n° 10,407), valeur nominale 10,000 francs belges ;

1 titre Dommages de Guerre (1re émission, série 198,413, nos 1 à 20), valeur nominale 5,000 francs belges ;

28 obligations Congo 6 °/₀ 1926, 13,132 francs belges.

Ces valeurs sont déposées à la Caisse Générale de Reports et de Dépôts au nom de la S. I. C. et les intérêts sont régulièrement portés au crédit de la Société.

Je vous rappelle que le titre des Dommages de Guerre est soumis au tirage et peut être remboursé par une prime pouvant, dans les meilleures conditions, s'élever à un million de francs belges.

Les dépenses du Secrétaire paraissent considérables, mais il est à remarquer que la correspondance est des plus importantes et nécessite la présence constante d'employés et de dactylographes.

Les dépenses du trésorier se justifient par les frais de bureau, les reçus timbrés à envoyer et les rappels aux membres qui négligent de s'acquitter en temps utile.

A noter aussi, comme dépenses, l'achat et l'entretien de machines à écrire et à calculer, qui restent la propriété de la S. I. C.

***

Lors des précédents Congrès, la situation monétaire de la Belgique étant encore incertaine, nous avons été obligés de fixer le taux de la cotisation en monnaies étrangères, anglaise, suisse ou américaine, qui avaient conservé leur valeur or. Mais, actuellement, le cours du change s'étant presque complètement stabilisé, nous proposons de fixer la cotisation triennale à **70 belgas** (350 francs belges) pour les anciens membres et à **90 belgas** (450 francs belges) pour les nouveaux membres, qui payeront donc un droit d'entrée de **20 belgas** (100 francs belges).

Je demande instamment à tous les membres de faire parvenir dès maintenant leur cotisation au nouveau trésorier. Pour ce faire, il leur suffit d'envoyer un chèque-postal ou un mandat-poste au compte chèques-postaux n° 236,893, Société Internationale de Chirurgie à Bruxelles. On évitera de cette façon les frais de Banque qui sont très élevés et qui grèvent, sans profit pour personne, les dépenses du trésorier. A défaut de mandat-poste, il suffit d'envoyer un chèque barré sur une banque quelconque de n'importe quel pays, sous pli non recommandé, à l'adresse du trésorier.

***

Lors du Congrès de Rome, j'ai dû, à mon corps défendant, accepter pour une dernière période, les fonctions de trésorier et j'avais écrit : " Je quitte les fonctions de trésorier que j'ai remplies depuis la fondation de la Société en 1902, soit depuis 24 ans, et je vous remercie, mes chers Collègues, de la confiance que vous m'avez témoignée, ainsi que des relations si cordiales que j'ai toujours eues avec vous ".

Cette fois, ma décision est formelle et, après vingt-sept ans de fonctions, je vous demande de procéder à la nomination d'un nouveau trésorier qui prendra ma succession.

La situation au 1er juillet 1929 comporte comme actif :

A la Caisse des Reports à Bruxelles . . . . . fr.	203,891.10
Aux Chèques Postaux à Bruxelles	9,833.20
Argent liquide (fonds de roulement du secrétaire) .	1,000.—
Soit au total . .	214,724.30

Jusqu'à ce jour, 745 membres ont payé leur cotisation pour 1929.

***

J'ai consacré avec joie mon temps aux intérêts de la Société et je ne doute pas que mon successeur ne fasse de même, sinon beaucoup mieux.

Dr J. LORTHIOIR.

Les livres et pièces comptables sont déposés au Secrétariat du Congrès, où MM. les Membres sont invités à en prendre connaissance.

***

III. — **Modifications aux statuts**

Le Comité International propose les modifications suivantes :

Art. 2 (*Addendum*). — « Le Comité International peut, en outre, proposer aux suffrages de l'Assemblée Générale, à titre de « Membre d'Honneur » des chirurgiens éminents qui ont rendu à l'Association des services spécialement distingués. Les Membres d'Honneur ne paient pas de cotisation ». (Adopté à l'unanimité).

Art. 10 (*Addendum*). — « Une langue slave. Pour le prochain Congrès, cette langue sera le Polonais ». (Adopté à l'unanimité).

Art. 11 (*Addendum*). — « En outre, tous les membres qui seront en retard de paiement de leur cotisation de plus de six ans, seront rayés d'office après que le trésorier leur aura envoyé une lettre recommandée ». (Adopté à l'unanimité).

Par application de la première modification, M. le professeur KEEN, de Philadelphia est acclamé comme premier Membre d'Honneur de la Société.

*
* *

IV. — Siège du Congrès de 1932

Le président donne lecture d'un télégramme du Ministre de l'Instruction Publique d'Espagne invitant chaleureusement l'Association à tenir son 9e Congrès en Espagne. Cette proposition est acceptée à l'unanimité. Les collègues espagnols décideront par la suite de la ville où se tiendra le Congrès et de la date exacte de celui-ci.

*
* *

V. — Election du Bureau du IXme Congrès

M. le Docteur Jules LORTHIOIR, de Bruxelles, est nommé par acclamations, président du Congrès de 1932 et prononce les paroles suivantes :

MESSIEURS ET CHERS COLLÈGUES,

Les témoignages de sympathie dont vous venez de me combler me touchent profondément.

L'honneur que vous me faites en m'appelant à la Présidence du IXe Congrès de la Société Internationale de Chirurgie rejaillit tout entier sur la Belgique, mon petit pays, ma patrie.

C'est au nom de la Belgique que je vous remercie.

Permettez-moi, mes chers collègues, d'ajouter quelques mots.

Quand, avant-hier, à la séance du Comité International, mon excellent ami, M. Matas, a proposé ma candidature à la présidence, je vous avoue que j'ai été étonné. Mais quand un autre ami, M. de Quervain, s'est levé à son tour pour appuyer la proposition de M. Matas, je me suis senti perdu, je ne pouvais plus refuser.

Messieurs, le fardeau que vous venez de déposer sur mes épaules est bien lourd et je me courberais certainement sous son poids si je n'étais certain de trouver en vous tous de précieux collaborateurs.

Il en est un surtout sur lequel je puis compter, c'est l'homme qui, depuis tant d'années, est la cheville ouvrière de la Société. C'est celui qui lui consacre son temps, sa science, son intelligence et son extraordinaire esprit d'organisation. C'est celui qui a fait de la Société sa chose, son enfant. Inutile, n'est-ce pas d'en dire plus, vous savez déjà qu'il s'agit de notre secrétaire, de mon ami, Monsieur Mayer.

C'est sur lui que je compte pour mener à bonne fin le mandat que vous me confiez aujourd'hui.

Il y a, Messieurs, un gros nuage dans le ciel de la Société Internationale de Chirurgie. Un nuage lourd, noir. Encore un mot:

Eh bien, il me semble que la mission que vous venez de me donner comporte le devoir de faire disparaître ce nuage.

La science ne connaît pas la haine. Elle n'admet que le travail dans la paix, la concorde, et j'ajouterai volontiers la bonté.

Je ferai tous mes efforts pour effacer toute trace de dissentiment et pour que nos travaux se continuent comme par le passé, dans une atmosphère d'estime réciproque et de cordialité.

Je vous promets de faire tous mes efforts pour atteindre ce but; j'espère que je réussirai, c'est le plus cher de mes désirs.

A vous tous, Messieurs, à vous tous, mes chers Amis, encore un grand merci.

Mon cher Président,

Vos prédécesseurs et vous, vous me rendez ma tâche bien difficile et cette fois je ne me fais pas d'illusion. Jamais je ne ferai aussi bien que vous, jamais je ne pourrai égaler les hommes illustres qui m'ont précédé dans mes fonctions.

Je ne puis que vous affirmer une chose, c'est que tout mon dévouement est acquis à l'enfant que j'ai aidé à naître, à notre chère Société.

Permettez-moi, mon cher Président, de vous donner l'accolade.

M. le Professeur DE QUERVAIN, de Berne, est nommé par acclamations vice-président pour ce même Congrès. (C'est la première fois qu'est appliquée cette nomination dont le titre avait été décidé par modification des statuts lors du précédent Congrès). M. le Docteur L. MAYER est réélu, par acclamations, comme secrétaire général, le Docteur M. CHEVAL, de Bruxelles, est réélu secrétaire adjoint. Le Docteur Paul LORTHIOIR, de Bruxelles est élu Trésorier en remplacement de son père.

Le Secrétaire du Congrès sera désigné ultérieurement par les membres espagnols.

*
* *

VI. — **Ratification des Comités nationaux**

des 34 pays actuellement représentés dans l'Association et de leurs Délégués au Comité International.

*
* *

VII. — **Désignation des membres du Comité scientifique**

à qui incombent la mission de choisir pour le prochain Congrès une question sur un sujet particulièrement important surgi dans l'intervalle du Congrès et confié au Comité International. Il est entendu que ce Comité Scientifique comprendra un représentant pour chacune des six langues officielles de l'Association.

*
* *

VIII. — **Choix des questions à mettre à l'ordre du jour du Congrès de 1932**

Une liste de 29 questions est proposée par les différents groupes nationaux. Un vote auquel prennent part 134 membres donne la préférence aux 3 questions suivantes:

1. Diagnostic et traitement des tumeurs intra-rachidiennes.
2. Suppurations pulmonaires non tuberculeuses.
3. Chirurgie de l'œsophage.

Venaient ensuite :

4. Chirurgie du système nerveux sympathique.
5. Vaccination en chirurgie.
6. Œdème lymphatique chronique.
7. Kystes et tumeurs du poumon.
8. Occlusion intestinale post-opératoire.
9. Gangrène des extrémités.
10. Tuberculose ostéo-articulaire des membres.
11. Greffes et revitalisation.
12. Traitement non sanglant des fractures des membres.
13. Malformations congénitales du massif maxillaire supérieur (bec de lièvre et division vélo-palatine).
14. Anesthésie chirurgicale sauf rachi et inhalation.
15. Anesthésie rachidienne.
16. Causes de la mortalité post-opératoire.
17. Curiethérapie du cancer du sein.
18. Problème du cancer, question théorique.
19. Chirurgie du cœur et du péricarde.
20. Traitement de l'empyème.
21. Sutures des parois abdominales.
22. Traitement chirurgical de la constipation.

etc., etc.

TROISIÈME SÉANCE SCIENTIFIQUE

Mercredi 24 juillet, à 14 h. 30

Sous la présidence du Prof. HARTMANN, de Paris

Traitement de la maladie de Basedow

M. DE QUERVAIN (Berne) prend la présidence de la séance.

M. NOGUCHI (Beppu) développe les conclusions de son rapport (vol. 1, p. 853).

*
* *

M. BÉRARD (Lyon) résume son rapport (vol. 1, p. 653).

*
* *

M. TROELL (Stockholm) présente son rapport (vol. 1, p. 877).

*
* *

M. JIRASEK (Prague) commente son rapport (vol. 1, p. 791).

*
* *

M. DUNHILL (Londres) expose les conclusions de son rapport (vol. 1, p. 769).

*
* *

M. CRILE (Cleveland) ayant été empêché de se rendre à Varsovie, les conclusions de son rapport sont lues par M. Gibbon (vol. 1, p. 753).

*
* *

M. Jules LORTHIOR prend place au fauteuil présidentiel.

*
* *

Dr. JURASZ

My material taken of from 1925 comprises 75 cases of hyperthyroidism operated and 81 cases not operated. For my conclusions however I have selected only such cases as on admission showed very severe clinical manifestations, were of long duration, and had undergone beforehand unsuccessful medical or Xray treatment. These cases numbered 45. The conclusions which I am going to present to you, were drawn from these severe cases only, the diagnosis of which was confirmed by histological examination. My idea was, that only the consideration of such severe cases could show the real value of surgical treatment, particularly when compared with other kind of treatment.

1) I was able to confirm in my observations the general statement, that all goiter cases with slighter or a more advanced thyrotoxicity show an increased B.M.R., but I could not find, that the degree of the B.M. corresponds always with the intensity and the progress of the disease, as is the opinion of many authors. The first striking fact which I observed is, that in spite of the greatly advanced disease, several of my cases showed a comparatively small rise of B.M.R., for instance Nos. 2, 6, 11, 21 and out of the 5 cases which alone of the 75 ended fatally (Nos. 3, 17, 24, 27, 28) three (Nos. 3, 24, 27) showed an increase of rather medium degree. Among the 81 not operated cases there were quite a series which in spite of a rather mild form of disease showed figures above 40, 50, 60, 70, up to 80, 90 % B.M.R.. These facts give the impression that the degree of the B.M.R. is not always a certain indicator with regard to the severity of the disease and to the suitability or nonsuitability of the patient for operation.

2) Another fact which I want to bring forward is that the B.M.R. has often been considered as *a method of exact control of the actual improvement, resp. the full recovery,* from the point of view of a regained normal activity of the thyroid. In several cases, which after 4 months, resp. one year, showed perfect health and full capacity for labour, the B.M.R. was nevertheless +54, +46, +47 %.

Having thus gained very early the conviction that the establishment of the B.M.R. alone does not give us such a great advantage as is sometimes anticipated we have tried to improve the value of the method, so as to draw more accurate conclusions. Thus we have added a supplementary estimation of Metabolism obtained by taking the M.R. also after a meal of albumin, consisting of 100 grams of veal, and after a perfect repose of one hours duration.

In this way the B.M. and the M.a.a.f. were established for all patients at 4 different periods, i.e. before the operation on admission to the clinic, in some cases (unfortunately not in all) after a certain time of preparatory treatment ; again, after operation at the time of dismission, and finally after several months or years whenever the patient showed up again.

Thus I got at every examination of each case 2 figures indicating the B.M. and the M.a.a.f. I established now the difference between these 2 figures and — as you see of the tables — the differences were either plus or minus. In such a way I was able to divide my 45 cases into two groups : one of plus differences and one of minus differences. Among the minus differences were 19 cases which showed figures from -0.3 to -47. The minus group was characterised by the fact, that out of it 5 cases proved to end fatally, the other 14 recovered, but in 8 of them, Nos. 7, 22, 25, 26, 30, 36, 38, 43, i.e. 57 %, the postoperative period was very critical. The second group of plus differences gave in all 26 cases recovery. From these only 7, i.e. 27 %, showed a dangerous state following operation. Thus we can notice the fact, that the greater part of the plus cases easily stand the operation and have no mortality whatever.

Another experience is worth noticing. All cases with the clinical diagnosis « toxic adenoma, » when first examined showed with only one slight exception a minus difference between the B.M.R. and the M.a.a.f. On the other hand the cases clinically recognised as « exophtalmic goiter » showed in a greater part plus differences. I draw your par-

ticular attention to the fact, that in the same group the figures of the B.M. alone do not allow any such conclusions to be drawn.

These observations give the impression, that all cases of toxic adenoma must be generally considered as being more dangerous than the cases in which the clinical diagnosis is « parenchymatous Graves' diseases. »

Allow me to keep your mind for another moment on a further fact. We know, that a good weight in Graves' disease is considered to be a favorable sign, while a low weight is a rather bad one, particularly if the patient shows a steady decrease in weight. Considering that the weight itself is a factor of relative significance, it occured to me it might be useful to establish in each case the proportion of the weight to the height. This index of $\frac{\text{kg. of weight} \times 100}{\text{cm. of height}}$ was afterwards compared with the above mentioned two groupes of plus and minus differences between the B.M. and the M.a.a.f.

I am presenting here three tables of indexes w.h., which are grouped according to the causes showing :

a) minus differences with fatal result ;
b) » » followed by recovery ;
c) plus » » » »

Note in each group the various degree of divergence between the lowest and the extreme high figure. In the first table you find it is moving between 23.6 and 32.6, which gives an average of 29.3. In the second group we find that the 2 extreme figures move between 27.4 and 38.3, the average being 32.9 ; while in the third group the two resp. figures are 28.0 and 41.3, if we make allowance for the outstanding figures 23, 25 and 65, the average being 34.6. Thus we see that the figures in all three groups move higher up according to the group, in which the danger seemed to be smaller. One may be inclined to draw the conclusion that according to my material the danger zone lies around the figure 29, though of course in any particular case the figure may be lower or even slightly above this average, reaching sometimes as high as 33 (32.6) i.e. the average number for the second group, in which most of the cases had a rather severe post-operative course but recovered eventually. *I must emphasize, of course, that the introduction of an index w.: h. drawn from*

my small material can be regarded as merely an attempt to find some additional test as regards indication for operation. Whether my investigations will gain practical value must be determined by further observations based upon a much more extensive material.

A few words still with regard to the preparatory treatment of the patient. We started it always with bedrest and quiescent drugs. This procedure seemed sufficient in 10 cases of exophtalmic goiter and in 2 cases of toxic adenoma. When it was not sufficient we gave Lugol solution 20—30 drops three times daily. The effect was positive in 14 cases of exophtalmic goiter and in 7 of toxic adenoma. In 10 cases of exopht. goiter Lugol had no effect or even did harm, the same was true in 2 cases of toxic adenoma. In these cases we gave Atoxyl, a combination of arsenic and potassium of iodine according to the prescription of Mendel (Atoxyl 0.25, Natr. jodat 2.O, Aq ad 10.0) every second day an intravenous injection of from 0.5 to 1.5 ccm and we have noticed that generally when Lugol was unsuccessful Atoxyl had a good effect. From these observations I must draw the conclusion that iodine taken as Lugol solution is far from being the only and best preparatory drug for all cases. When Lugol fails to be beneficial, then the combination of iodine with arsenic usually proves to be so.

TABLE I

a No	*b* Diagnosis on admission: E.g. = Exophthalmic goiter T. a. — Toxic adenoma	*c* Basal metabolism	*d* Metabolism after albumin food	*e* Difference between *c* and *d*	*f* Postoperative course m (mild) s (severe) † (death)
1	E. g.	+ 21.6	+ 21.8	+ 0 2	m
2	T. a,	+ 17.6	+ 17.3	— 0.3	m
3	E. g.	+ 36.7	+ 27.7	— 9.0	†
4	E. g.	+ 26.4	+ 44.7	+ 18.3	m
5	E. g.	+ 67.3	+ 71.5	+ 4.2	m
6	E. g.	+ 10.4	+ 21.6	+ 11.2	m
7	E. g.	+ 65.1	+ 62 4	— 2 7	s
8	E. g.	+ 18.8	+ 44,0	+ 25 2	m
9	E. g.	+ 26.1	+ 38,0	+ 11.9	m
10	E. g.	+ 23.5	+ 42 6	+ 19.1	m
11	E. g	+ 8.0	+ 12.0	+ 4 0	m
12	E. g.	+ 18.0	+ 34.0	+ 16.0	m
13	E. g.	+ 34.0	+ 19.0	— 15 0	m
14	T. a.	+ 48.0	+ 26.0	— 22 0	s
15	E. g.	+ 15.0	+ 44.0	+ 29.0	m
16	E. g.	+ 42 0	+ 53.0	+ 11.0	m
17	T. a.	+ 117.0	+ 83.0	— 34 0	†
18	E. g.	+ 24.0	+ 33.0	+ 9.0	m
19	E. g.	+ 59.0	+ 81.0	+ 22 0	m
20	E. g.	+ 29 0	+ 31.0	+ 2.0	m
21	E. g.	+ 13.0	+ 21.0	+ 8.0	m
22	T. a.	+ 98-0	+ 63.0	— 35.0	s
23	E. g.	+ 61.0	+ 72.0	+ 11 0	m

a No	*b* Diagnosis on admission: E.g. = Exophtalmic goiter T. a. = Toxic adenoma	*c* Basal metabolism	*d* Metabolism after albumin food	*e* Difference between *c* and *d*	*f* Postoperative course m (mild) s (severe) † (death)
24	T. a.	+ 41.0	+ 37 0	— 4.0	†
25	T. a.	+ 38.0	— 9.0	— 47 0	s
26	E. g.	+ 47.5	+ 33.5	— 14 0	s
27	T. a.	+ 27.0	+ 23 0	— 4 0	†
28	T. a.	+116.0	+ 68.0	— 48 0	†
29	E. g.	+ 54 0	+ 63.0	+ 9 0	m
30	E. g	+ 35.0	+ 31.9	— 3.1	s
31	E. g.	+ 38.0	+ 41.0	+ 3.0	m
32	E. g.	+ 32.0	+ 34.0	+ 2.0	m
33	E. g.	+ 44.0	+ 47.0	+ 3 0	m
34	T. a.	+ 23 0	+ 17.0	— 6 0	m
35	E. g.	+ 37 0	+ 48 0	+ 11.0	m
36	T. a.	+ 42 0	+ 37.0	— 5 0	s
37	E. g.	+ 99.0	+ 87.0	— 12.0	m
38	E. g.	+ 98 0	+ 79.0	— 19.0	s
39	T. a.	+ 44 0	+ 46.0	+ 2.0	m
40	E. g.	+ 29.0	+ 70 0	+ 41.0	m
41	E. g.	+ 43 0	+ 67.0	+ 24.0	m
42	E. g.	+ 69.0	+ 81.0	+ 12.0	m
43	E. g.	+108.0	+104.0	— 4.0	s
44	E. g.	+138.0	+ 98.0	— 40.0	m
45	E. g.	+ 36.0	+ 43 0	+ 7.0	m

TABLE II

Exophtalmic Goiter

No	No of Case	Basal metabolism	Metabolism after albumin food	Difference between B. M. and M. a. a. f.	Postoperative course : m = mild s = severe † = death
1	40	+ 29 0	+ 70 0	+ 41 0	m
2	15	+ 15.0	+ 44.0	+ 29 0	m
3	8	+ 18.8	+ 44.0	+ 25.2	m
4	41	+ 43.0	+ 67.0	+ 24.0	m
5	19	+ 59 0	+ 81 0	+ 22 0	m
6	10	+ 23.5	+ 42 6	+ 19 1	m
7	4	+ 26 4	+ 44 7	+ 18 3	m
8	12	+ 18.0	+ 34.0	+ 16.0	m
9	9	+ 26 1	+ 38.0	+ 11.9	m
10	42	+ 69.0	+ 81.0	+ 12.0	m
11	6	+ 10.4	+ 21.6	+ 11 2	m
12	16	+ 42,0	+ 53 0	+ 11.0	m
13	23	+ 61 0	+ 72 0	+ 11.0	m
14	35	+ 37.0	+ 48.0	+ 11.0	m
15	18	+ 24.0	+ 33.0	+ 9.0	m
16	29	+ 54.0	+ 63.0	+ 9.0	m
17	21	+ 13,0	+ 21.0	+ 8 0	m
18	45	+ 36.0	+ 43.0	+ 7.0	m
19	5	+ 67.3	+ 71.5	+ 4.2	m
20	11	+ 8 0	+ 12.0	+ 4.0	m
21	31	+ 38 0	+ 41.0	+ 3.0	m
22	33	+ 44.0	+ 47.0	+ 3.0	m
23	20	+ 29.0	+ 31.0	+ 2.0	m

Exophtalmic Goiter

No	No of Case	Basal metabolism	Metabolism after albumin food	Difference between B. M. and M. a. a. f.	Postoperative course : m = mild s = severe † = death
24	32	+ 32.0	+ 34.0	+ 2.0	m
25	1	+ 21 6	+ 21 8	+ 0.2	m
26	7	+ 65.1	+ 62 4	— 2 7	s
27	30	+ 35.0	+ 31.9	— 3.1	s
28	43	+108.0	+104.0	— 4.0	s
29	3	+ 36.7	+ 27.7	— 9.0	†
30	37	+ 99 0	+ 87.0	— 12.0	m
31	26	+ 47 5	+ 33.5	— 14.0	s
32	13	+ 34 0	+ 19.0	— 15.0	m
33	38	+ 98 0	+ 79.0	— 19.0	s
34	44	+138 0	+ 98.0	— 40.0	m

Toxic Adenoma

35	39	+ 44.0	+ 46.0	+ 2.0	m
36	2	+ 17,6	+ 17 3	— 0 3	m
37	27	+ 27.0	+ 23 0	— 4.0	†
38	24	+ 41,0	+ 37.0	— 4.0	†
39	36	+ 42 0	+ 37.0	— 5.0	s
40	34	+ 23.0	+ 17.0	— 6 0	m
41	14	+ 48.0	+ 26 0	— 22.0	s
42	17	+117.0	+ 83.0	— 34.0	†
43	22	+ 98.0	+ 63.0	— 35.0	s
44	28	+116.0	+ 68 0	— 48.0	†
45	25	+ 38.0	— 9 0	— 47.0	s

TABLE III

3 groups of differences (+) and (—) between B. M. and M. a. a. f. compared with indexes weight to height

1. Group (—) **With fatal result**		
No of Case	Difference	Index w.— h.
3	— 9.0	32 6
17	— 34,0	29.7
24	— 4.0	29,4
27	— 4.0	31.1
28	— 48.0	23 6
	Average figure = 29 3	

2. Group (—) **Recoveries**		
2	— 0.3	34.6
7	— 2.7	31.1
13	— 15.0	33.2
14	— 22.0	27.4
22	— 35.0	33.0
25	— 47,0	28.4
26	— 14.0	33.3
30	— 3.0	38.1
34	— 6.0	30.9
36	— 5.0	35.2
37	— 12.0	34.9
38	— 19.0	38.3
43	— 4.0	31.6
44	— 40.0	31.1
	Average figure = 32.9	

3. Group (+) **Recoveries**		
No of Case	Difference	Index w.— h.
1	+ 0 2	36.2
4	+ 18 3	65.0
5	+ 4.2	36 9
6	+ 11.2	31.8
8	+ 25.2	37 3
9	+ 11.9	35 0
10	+ 19 1	33.1
11	+ 4 0	34 8
12	+ 16.0	29.5
15	+ 29 0	28.8
16	+ 11 0	24.8
18	+ 9.0	32.6
19	+ 22.0	28.0
20	+ 2.0	23.1
21	+ 8 0	33.9
23	+ 11.0	37.3
29	+ 9.0	36.4
31	+ 3.0	39.1
32	+ 2.0	34.1
33	+ 3.0	29.8
35	+ 11.0	36.0
39	+ 2.0	41.3
40	+ 41.0	37.2
41	+ 24.0	30.7
42	+ 12.0	35.4
45	+ 7.0	35.1
	Average figure = 34.6	

*
* *

Maladie de Basedow

par M. DE QUERVAIN (Berne)

En m'inscrivant pour la discussion je ne comptais pas vous soumettre un travail rédigé au préalable, mais uniquement quelques observations suscitées par le débat de la séance.

Je déclarerai pour commencer que je suis d'accord pour tous les points essentiels avec le rapport si clair que vous a présenté M. Bérard.

Pour ce qui est du *diagnostic*, je consacrerai deux mots à l'examen du *métabolisme*. Cet examen constitue certainement le plus grand progrès réalisé dans ce domaine depuis 10 ans, car il nous permet d'exprimer en chiffres l'intensité du trouble principal produit par l'intoxication basedowienne. Toujours est-il que les sources d'erreurs sont nombreuses. Il existe d'une part des exagérations du métabolisme non basedowiennes et d'autre part des troubles cardiaques basedowiens accompagnés d'un métabolisme à peu près normal.

Ajoutons à ceci l'influence des conditions extérieures dans lesquelles se fait l'examen et le rôle joué par sa technique. Il faut procéder parfois à 2 ou 3 examens consécutifs avant de pouvoir se faire une opinion exacte sur le métabolisme du malade.

L'importance du métabolisme n'est pas moins grande pour l'appréciation de la marche postopératoire, mais ici encore il convient de s'entourer des garanties nécessaires et de ne pas craindre des examens de contrôle répétés.

En ce qui concerne le *traitement*, la supériorité du traitement opératoire ne saurait plus être contestée aujourd'hui, malgré les améliorations obtenues dans certains cas par le repos, la radio- et la radiumthérapie, le bromure, l'ergotamine, la quinine, etc. Les résultats du traitement non opératoire sont rarement complets et sont généralement passagers. La plupart des basedowiens continuent à vivre pour leur maladie.

Le traitement à l'iode, inauguré par Neisser et développé par Plummer, constitue, à côté du repos, la meilleure thérapeutique préopératoire et représente le progrès le plus marqué de la dernière décade. L'iode doit être administré suivant un plan de traitement nettement défini et son action doit être surveillée par le chirurgien qui aura la responsabilité de l'opération. Le médecin rend un mauvais service à la fois au chi-

rurgien et au malade en voulant se charger de cette besogne, car la cure d'iode combinée avec le repos absolu peut masquer temporairement la gravité du cas et peut donner ainsi au chirurgien une opinion complètement fausse sur son malade, s'il n'a pas eu la chance de le voir auparavant. Le malade doit rester, autrement dit, entre les mêmes mains *avant* et *après* l'opération et c'est le *chirurgien* qui doit préciser le moment où l'acte opératoire doit intervenir.

Le *procédé opératoire*, après cette cure préparatoire, sera le plus souvent la résection en fer à cheval des deux lobes et de l'isthme. Ajoutons à ce propos que nous préférons le terme de « résection large » à celui de « résection subtotale », car en surenchérissant sur le maître, l'élève aura vite fait de passer du subtotal au « total » et de ne plus laisser au malade de quoi échapper au myxoedème.

L'intervention sériée : Ligatures polaires supérieures d'abord, puis résection en un ou deux temps, trouvera encore son indication malgré l'iode dans certains cas particulièrement graves. Il peut encore être utile, dans ces derniers cas, de ne pas fermer la plaie immédiatement, mais de placer sur l'organe réséqué un drain tampon qui sera extrait après 2 jours. Ce tampon remplira encore mieux son office exosmotique s'il est imbibé d'une solution de chlorure de sodium au 10 %. Les bords de la plaie se rapprocheront d'eux-mêmes après l'extraction du drain tampon, si l'incision est faite « en collier ». Cette incision doit d'ailleurs être considérée comme étant l'incision type, sauf peut-être dans des pays où les raisons extra-médicales invoquées par M. Noguchi s'y opposent. Nous pensons d'ailleurs que d'ici quelques années la fine cicatrice transversale sera bien portée partout.

Pour ce qui est du *traitement postopératoire* je passe sur l'administration de la digitale dans les cas de lésion organique du cœur, de calmants, de quinine, de la poche à glace, d'une abondante absorption d'eau, etc., ces moyens étant d'un emploi général. Nous voulons insister par contre sur l'utilité de l'administration postopératoire de l'iode, à doses décroissantes, pendant les 2-4 semaines qui suivent l'opération.

Dans les cas, d'ailleurs exceptionnels, d'insuffisance postopératoire gênante de la glande, la thyroxine présente sur les autres préparations thyroïdiennes l'avantage d'un dosage rigoureux.

Quel est enfin le *critérium de la guérison?* Ce n'est pas, en tout cas, la disparition de l'exophtalmie, car ce symptôme est

tout particulièrement tenace et il est compatible même avec des phénomènes d'insuffisance postopératoire de la glande.

L'augmentation du poids du corps, la disparition de la labilité cardiovasculaire, le retour à l'état normal du métabolisme et avant tout le retour de la possibilité de mener une vie normale, voilà les vrais critères de la guérison. Il est d'une observation générale que ce résultat est obtenu plus facilement dans le goître basedowifié que chez les sujets atteints de goître exophtalmique proprement dit, mais ce fait ne me paraît pas être suffisant pour permettre d'établir une limite stricte entre ces deux types d'hyperthyroïdie.

Une dernière remarque encore au sujet du goître basedowifié : ce type de goître commande une prudence toute particulière dans l'administration de l'iode. Si certains cas se comportent à l'égard de l'iode comme le goître exophtalmique proprement dit, d'autres cas par contre réagissent par une prompte recrudescence des symptômes thyréotoxiques et prouvent par là qu'ils rentrent dans le chapitre du basedow iodique. Peut-être des recherches minutieuses permettront-elles dans ces cas d'établir l'origine iodique pour les premières manifestations du basedowisme déjà. L'iode se cache, en effet, dans les médicaments les plus divers et nous ne connaissons aucun spécifique antigoîtreux qui en soit exempt.

*
* *

Mr. KAIJSER prend la présidence.

Results of the surgical Treatment of Basedow's Disease

by Alexis V. MOSCHOWITZ, M. D. (New York City).

I have so little to add to this important discussion, that I feel somewhat apologectic for venturing to appear before you. But in view of the fact that it was I who proposed the subject of Basedow's disease for discussion at this Congress, I presume I should say something. Somewhat to my regret, the scope of my original proposition has been materially broadened and I fear, not to it's advantage, despite the excellent quality of the various papers read today. I recollect. however, per-

fectly, that the theme proposed by me was entitled as follows: « The results of the surgical treatment of exophthalmic goitre ». I hoped that I would learn wherein lay my rather high mortality, true in only a small series, when compared with the statistics published from clinics where the material is much more abundant than mine. I shall therefore confine my remarks mainly to this phase of the subject.

An individual afflicted with the symptom complex which we eall Basedow's disease usually has certain more or less well defined complaints, which in brief are the fellowing : Nervousness and irritability, a fear of impending danger ; tremor of the fingers, tachycardia and, in untreated or neglected cases, more grave cardiac signs and symptoms ; a moderate enlargement of the thyroid gland, exophthalmos, sweating, and disturbances of the digestive tract. Physical examination reveals in addition to the above, an increase in the basal metabolic rate. The symptoms just enumerated may be said to be constant, even though one or another may at times be less pronounced, or perhaps even be lacking but hardly sufficient, to my mind, to warrant a subdivision of the malady in question. At best, it may be said to be merely a question of degree and not of kind. I am glad therefore that gradually it is becoming recognized by the medical profession at large, a conclusion that I reached many years ago, that there is no material difference between Basedow's disease and so-called « toxic adenoma ». To my mind, the entire difference between the two is that the former happens to effect a thyroid gland which is normal, and the latter, a thyroid gland which happens to be the seat of an entirely inocuous adenoma. Years before surgeons recognised the correctness of this observation, I operated a few cases of « toxic adenoma » by mere enucleation of the presumably offending adenoma, without any effect upon the course of the malady. This was, however, promptly influenced by a later extirpation of the hyperplastic interadenomatous portion of the thyroid gland.

Just a few words as to the course of the disease. While it is true that occasional cases are encountered, usually after a profound psychic insult, which may be termed foudroyant or hyperacute, the general run of cases begins more or less mildly or insidiously and progressively becomes worse. The duration of this period varies from a few weeks to months, but eventually most of the symptoms and signs become so marked as to be recognizable at a glance. The individual symp-

toms usually also begin mildly, but progressively become worse. The exophthalmous, for instance, which may be mild in the beginning increases steadily unless the disease is arrested or cures itself (and this may undeniably happen). Similiarly with the condition of the heart. Inasmuch as anatomically nothing may be found in fatal cases, we must view the cardiac manifestations of Basedow's disease more from the functional than from the anatomical view point. To what the early tachycardia of Basedow's disease is due, it is impossible at present to say. At all events, such hearts soon begin to enlarge as the result of the persistent increase in systolic and pulse pressure, similar in mechanism to that observed in aortic insufficiency. Often as a consequence, systolic murmurs appear which are usually functional in nature. A return to normal, if the case is properly treated, is still quite probable at this stage ; if untreated, however ,disturbances in conduction supervene, usually in the nature of auricular fibrillation. I have seen a fair number of cases of very bad auricular fibrillation which have returned to normal after treatment. On the other hand, I have learned to dread the appearance of this sympton because these patients do not stand operation well, and in not a few instances, the fibrillation is directly responsible for the death. Hearts with persistent auricular fibrillation over a long period show a strong tendency to decompensation and the heart becomes permanently damaged.

White I have selected for discussion only two of the important symptoms of Basedow's disease, I believe the same progressive nature is true of practically every other symptom. I believe this progressiveness has a very important bearing upon the indication and treatment, for it stands to reason, that in order to check the progress of any disease, treatment should begin before the signs and symptoms have reached such a stage as to be irremediable. For exemple, the chances for permanent cure of the cardiac condition are infinitely better while the heart is still in the stage of tachycardia, than when it is in the stage of auricular fibrillation.

A number of years ago, Drs. Kessel and Hyman of Mt. Sinai Hospital, New-York City, filled in a very important hiatus in Basedow's disease by studying the natural history of 50 consecutive cases ; that is, they followed these cases over a period of years, practically uninfluenced by any treatment except mental and physical rest. They found that may of these patients would come to economic restoration despite the fact that some showed recurrences and that most of them revealed

persistence of many of the signs and symptoms of the disease.

Let us now compare the results of surgical treatment with the previously mentioned cases.

At the 1924 meeting of the American Surgical Association, I made the statement that there was evidently a great difference in the treatment of exophthalmic goitre, which apparently depended upon geographical distribution. Thus for instance, in New-York City, exophthalmic goitre is considered to be very distinctly a medical disease. I was of the opinion that this preponderence in favor of medical treatment in New-York City was due to carelessness and reluctance of the internists, who naturally see these cases first. A carefuly survey of the subject, augmented by manifold conversations with my medical confreres led me to the belief that the fault lies deeper and is traceable directly to the surgeon. The internist has become more conservative because of the many operative failures.

My own observation has led me to believe that the improvement which follows ligation of a single or even of two vessels is so fleeting that it should not even be considered as a curative measure. The improvement after unilateral lobectomy lasts longer. I doubt however, that it lasts more than six months. Therefore, even this method cannot be considered as curative.

Finally, there romains only the most recent surgical method, viz, subtotal thyroidectomy, with which, even at that time (1924) I had had excellent results.

As is seen, at that time, I was enthusiastic regarding the future of patients afflicted with exophthalmic goitre. It was at this meeting of the American Surgical Association also, that there was reported from the Mayo Clinic, the great improvement in the surgical treatment of Basedow's disease and a tremendous reduction of the mortality after operation, by means of the preliminary treatment with iodine.

I was particulary interested at that time in two factors. The first was a reduction in the mortality after operation and the second was an economic restoration of the cases of exophthalmic goitre. While these two factors are exceedingly important, the viewpoint is a narrow one. Since that time, my views have changed materially and in consequence, I have studied also the cases in which I have operated from the point of view of relief of symtoms, which after all, is the criterion of the afflicted individual, and a point not to be neglected in the final estimate.

To recapitulate briefly, when the patient with Basedow's disease seeks our advise, he has certain definite complaints, signs and symptoms which urge him to the physician. These are the following :

1. Tachycardia and other cardiac phenomena.
2. Enlargement of the neck.
3. Exophthalmos and other eye phenomena, mostly dependent upon the former.
4. Sweating and other disturbances of the sympathetic nervous system.
5. Digestive disturbances.
6. Disturbances of menstruation.
7. Loss of weight in spite of the usually present increased appetite.
8. That peculiar train of symptoms which goes by the collective name of nervousness.
9. Progressive weakness and asthenia.
10. An increased basal metabolic rate.

The first seven of these are subjective symptoms of which the patient is cognixant, and for which he usually seeks relief, the last one alone is purely objective.

Assuming that such a patient presents himself for advice, what can we really promise him without any reservation? If we are honest, all we can promise absolutely is a decrease in the basal metabolic rate, even to subnormal ; and some influence upon those other phenomena which are dependent upon the reduction of basal metabolic rate, namely, an increase in the body weight and in general body strength, but that is all ! There may be an improvement in some of the other symptoms, but as already pointed out, that depends entirely upon the stage at which the patient begins treatment. Indeed, in well marked cases or in those that have existed for a long time, there are sure to be found residual symptoms which have not been influenced in the least, or only slightly by the operative treatment. In addition, however, we can promise such a patient in a very large percentage of the cases, a very prompt economic restoration.

On the other hand, what can we offer to the patient if he refuses surgical treatment? While it cannot be denied that an occasional case cures itself i. e. when the hyperplastic goitre burns itself out, the residual symptomes persist. These cases

are few and far between. The greatest majority of the cases become progressively worse until degenerative changes occur in the cardio-vascular apparatus, to the consequences of which, the patient usually succumbs.

I have practiced a rigid self critique and have not painted a very rosy picture of the surgical treatment. In spite of the drawbacks discussed, I have no hesitancy in stating that at the present writing, there is nothing to take the place of subtotal thyroidectomy in the treatment of exophthalmic goitre. An improvement and diminution of the residual symptoms can take place only by early and prompt treatment.

*
* *

Etudes expérimentales sur le rôle d'iode dans la maladie de Basedow

par le Docteur Jan BEDRNA,
Assistant à la Clinique chirurgicale de l'Université Masaryk, à Brno.

M. le Président, Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi, de vous rapporter quelques recherches que nous avons faites sur le rôle de l'iode dans la maladie de Basedow. C'est grâce au retour à la thérapeutique iodurée dans le traitement de Basedow que la chirurgie de nos jours doit tous ses excellents résultats opératoires.

Après les premiers échecs de traiter la maladie de Basedow par les petites doses de la solution de Lugol sans intervention chirurgicale, nous, à la clinique chirurgicale de l'Université de Masaryk à Brno, sous la direction de notre maître, M. le Prof. Petrivalsky, traitons déjà depuis l'année 1925 les malades par la thyroïdectomie subtotale, en les préparant pour cette intervention chirurgicale par l'administration d'iode.

Pour nous expliquer les effets si contradictoires de la thérapie iodurée dans les états thyrotoxiques, nous avons entrepris l'étude d'iode dans le sang humain. Pour ces analyses nous avons choisi la méthode de Fellenberg. Nous avons pu *toujours* constater une quantité minime d'iode dans le sang humain. La teneur en iode dans le sang est constante, un peu plus grande en été, un peu moindre en hiver ; la moyenne à

Brno est de 0,0123 mg pour 100, tandis que chez les basedowiens (23 cas) la teneur en iode dans le sang variait de 0,0075 à 0,0460 mg p. c. ; la valeur moyenne était de 0,0188 mg p. c. C'est alors l'*hyperiodémie* qu'on peut très souvent constater chez les basesowiens.

En comparant la teneur en iode dans le sang à la gravité de la maladie, nous sommes frappé que ces deux faits ne sont point en relation directe. Ainsi par exemple la valeur d'iode dans le sang chez une malade très cachéctique avec le métabolisme basal augmenté de 95 p. c. était de 0,011 mg p. c., tandis que chez une autre malade dont le métabolisme basal était augmenté seulement de 48 p. c., nous avons trouvé une valeur de 0,046 mg p. c. Mais nous avons très souvent constaté les plus grandes valeurs d'iode chez les malades qui souffrent de tachycardie excessive.

L'augmentation de la teneur en iode dans le sang dépend de la fonction de la thyroïde. La preuve c'est que la valeur d'iode dans le sang diminue très vite après la thyroïdectomie subtotale. (*Voir tabl. 1.*) Un effet très remarquable que l'on peut observer, c'est la chute de la teneur en iode dans le sang après quelques jours de l'administration d'iode. En même temps on peut assister à une amélioration notable de l'état du malade. (*Voir tabl. 2.*)

TABLEAU 1

La chute de la teneur en iode dans le sang des basedowiens après la thyroïdectomie.

Nom et age	Avant la thyroïdectomie	Après la thyroïdectomie		
		7 jours	2 mois	4 ans
Mlle M. V., 29 ans	0,030 mg %	0,0165		
M. J. N., 19 ans	0,0167 mg	0,0147		
Mlle H. M., 24 ans	0,030 mg	0,0211	0,014	
Mme M. K., 30 ans	0,017 mg	0,0055		
M. V. J., 49 ans	—	—	—	0,009

TABLEAU 2

La chute de la teneur en iode dans le sang des basedowiens après 3 jours de l'administration de V gouttes de la solution de Lugol.

Nom et age	Avant l'administration d'iode	Après l'administration d'iode
M. F. C., 42 ans	0,019	0,015
Mme M. V., 29 ans	0,021	0,0126
Mlle G. W., 26 ans	0,015	0,0056
Mme F. D., 45 ans	0,018	0,0065

Nous avons administré aux malades pendant trois jours V gouttes de la solution de Lugol. Le quatrième jour, au matin, nous avons trouvé dans le sang des valeurs d'iode beaucoup plus petites qu'avant la médication iodurée. De même après l'injection intraveineuse de 1 ccm de la solution de Lugol dix fois diluée, la teneur en iode dans le sang diminue — après une augmentation passagère qui suit l'injection — si bien qu'une heure après, elle est beaucoup plus petite qu'avant l'injection.

Quelle ressemblance de cette constatation avec celle de *Veil-Sturm, Holst-Lunde!* Ceux-ci ont remarqué que la valeur d'iode organique du sang diminue après l'administration d'iode anorganique par la voie buccale. Ils pensent que la plus grande partie de l'iode organique est le produit de la thyroïde. Nous avons déterminé seulement la quantité globale d'iode du sang sans avoir séparé l'iode organique de l'iode anorganique du sang, parce que nous avons pensé que l'on peut commettre de grandes erreurs en analysant séparément des quantités si minimes.

Quant à l'élimination d'iode par l'urine, *Veil* a trouvé chez les basedowiens dans les conditions normales de vie une élimination augmentée d'iode (Iodorrhée). En administrant 0,5 g. de JK aux basedowiens, on voit qu'ils réagissent de deux façons différentes. La plupart des basedowiens essentiels réagissent à cette administration en diminuant l'élimination d'iode par l'urine. D'autres, notamment les iode-basedowiens, conservent leur élimination d'iode augmentée.

En administrant de l'iode aux basedowiens nous pouvons voir son influence favorable sur les lésions histologiques de la thyroïde. Voilà le fait sur lequel j'ai déjà attiré l'attention au XXIII° Congrès des chirurgiens polonais ici même à Varsovie, en 1926, en même temps que les auteurs américains. Cette influence consiste en régression partielle des processus hyperplastiques et en augmentation de la colloïde dans la glande. Mais tout de même on peut trouver des îlots hyperplastiques qui ne sont point touchés par cette médication.

En résumant toutes les recherches faites sur le rôle de l'iode dans la maladie de Basedow, on voit que :

1° La quantité d'iode dans la glande est diminuée, qu'il y a peu de colloïde, mais que celle-ci est assez riche en iode.

2° La teneur en iode dans le sang et l'élimination d'iode par l'urine sont augmentées. (Hyperiodémie, iodorrhée).

3. Après l'administration de l'iode on constate l'amélioration passagère de presque tous les symptômes cliniques, la chute du métabolisme basal, l'augmentation de la colloïde dans le goître, la chute de la teneur en iode dans le sang, et l'élimination diminuée d'iode par l'urine.

Il résulte de ces conclusions que chez les basedowiens l'iode en forme organique est déversé en une plus grande quantité dans le sang non seulement de la glande, mais peut-être aussi des tissus. Voilà pourquoi la teneur en iode dans le sang et son élimination par l'urine se trouvent augmentées.

En administrant de l'iode anorganique dans l'organisme en abondance, nous pouvons soulager la glande dans sa fonction. Cette glande produit assez de colloïde pour pouvoir fixer l'iode et amener la sécrétion normale.

La glande normale est capable d'éliminer en un temps assez court l'iode administré et n'en garde qu'une très petite quantité. D'autres phénomènes entrent en scène, si la glande est altérée dans sa fonction par exemple par la maladie goîtreuse. Alors, l'iode est fixé par la glande très souvent (pas toujours) en plus grande quantité et altère la glande de façon qu'elle forme une sécrétion toxique.

De même dans la glande basedowienne, l'iode s'accumule rapidement au cours de la médication iodurée et, après une administration prolongée, il altère la glande dans sa fonction. Voilà l'explication de la récidive de la maladie, après une médication prolongée.

En diminuant la glande altérée, nous diminuons de même la quantité de la sécrétion pathologique qui cause le déversement de l'iode dans le sang dans une quantité augmentée (hyperiodémie). Voilà l'explication de la chute de la valeur de l'iode dans le sang et l'amélioration rapide de l'état général du malade. Plus grande est la partie réséquée du parenchyme de la glande, plus vite et plus parfaitement se manifeste l'amélioration de l'état du malade.

QUATRIÈME SÉANCE SCIENTIFIQUE

Jeudi 25 juillet, à 8 heures

Sous la présidence du Prof. HARTMANN (Paris).

Chirurgie réparatrice de la hanche

M. MATHIEU (Paris) résume son rapport en l'illustrant de projections lumineuses (vol. I, p. 1.029).

*
* *

M. ALESSANDRI est invité à la présidence.

M. ASHHURST (Philadelphie), en s'aidant de projections lumineuses commente les conclusions de son rapport (vol. I, p. 939).

*
* *

M. HYBBINETTE (Stockholm) par des projections lumineuses, illustre les données exposées dans son rapport (vol. I, p. 979).

*
* *

M. GIORDANO prend la présidence de l'Assemblée.

M. PUTTI (Bologne) retenu en Italie est remplacé par M. Delitala qui donne lecture des conclusions du rapport de M. Putti, mises en valeur par une série de projections lumineuses (vol. I, p. 1.084).

*
* *

M. JIRASEK est prié de prendre la direction des débats.

*
* *

Chirurgie réparatrice de la hanche

par

ETIENNE SORREL et ANDRÉ DELAHAYE (1)

102 opérations réparatrices de la hanche ont été faites dans mon service par mon assistant le Dr. Delahaye ou par moi, de 1920 à 1929. Ces opérations peuvent se classer de la façon suivante :

58 ostéotomies sous-trochantériennes
2 ostéotomies basses
2 butées ostéo-plastiques
4 arthroplasties
35 arthrodèses de la hanche
1 reconstitution du col et de la tête par greffon.

Voici en quelques mots dans quelles affections ces interventions ont été pratiquées et quels en ont été les résultats.

Pour les *luxations congénitales* nous nous associons pleinement à ce qu'ont dit tous les rapporteurs : notre expérience est d'ailleurs faible. Nous n'avons fait que 2 butées ostéo-plastiques : les résultats ont été bons.

Dans les *coxa vara* on n'aura qu'assez rarement occasion de pratiquer des interventions : nous avons fait 1 *ostéotomie sous-trochantérienne* pour une *coxa vara rachitique* et 2 *ostéotomies sous-trochantériennes* pour des *coxa vara de l'adolescence*. L'observation de la coxa vara rachitique a été relatée en détail par l'un de nous (2). Les déformations étaient extrêmement accusées et l'enfant était un véritable infirme. L'opération très simple qu'est l'ostéotomie sous-trochantérienne permit de le transformer complètement. Une des

(1) De nombreuses projections de radiographies et de photographies ont été faites au cours de cette communication et ne peuvent être reproduites ici. Un certain nombre figure dans les différents articles auxquels il est fait allusion.

(2) E. SORREL — Déformations rachitiques des membres inférieurs. Coxa vara bilatérale très prononcée. Incurvation tibiale. Correction par ostéotomies successives. Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. Séance du 26 mai 1926. Tome LII, N° 19, Page 600-613.

observations de coxa vara de l'adolescence fut relatée également à la Soc. Nat. de Chir. (1) ; un autre cas fut opéré depuis ce temps, le résultat a été excellent dans les deux.

Dans les coxa vara *rachitiques* comme dans les coxa vara de l'*adolescence*, la déformation dominante est la rotation externe. C'est donc l'ostéotomie transversale sous-trochantérienne qu'il faut pratiquer.

Dans les *coxa vara congénitales* qui sont des déformations toutes différentes, il n'y a pas ou presque pas de rotation: c'est la fermeture extrême du col et le raccourcissement du membre qu'elle entraîne qui gênent surtout ; et l'intervention qui doit être faite est une ostéotomie très haute *transtrochantérienne* ou *transcervicale*. Nous n'avons pas eu occasion de la pratiquer, mais l'un de nous qui a posé ce principe depuis longtemps (2) a été le rapporteur de la Société Nationale de Chirurgie d'une très belle observation de M. Scholder (3) (Lausanne) qui démontre le bien-fondé de cette assertion.

Pour les *arthrites déformantes*, nous partageons les idées exprimées par M. Hybbinette et nous croyons qu'il faut faire tantôt des *modelages* de la tête, tantôt des *arthrodèses*. Nous avons fait deux modelages de la tête, (que l'on pourraît encore appeler des arthroplasties sans interposition aponévrotique) et 2 arthrodèses de la hanche, dont l'une fut une arthrodèse intra-articulaire et dont l'autre fut une arthrodèse mixte intra et extra-articulaire.

Dans les séquelles *d'ostéomyélites de la hanche*, nous avons fait 2 fois pour des ankyloses double des *arthroplasties* unilatérales : l'une date de 2 ans maintenant et a donné un bon résultat, l'autre est trop récente pour que nous puissions en faire état. Nous avons fait une fois pour une ankylose unilatérale en position très mauvaise une *ostéotomie*, dont le résultat fut excellent. Dans les pseudarthroses après ostéomyélite de l'enfance avec disparition partielle de la tête, nous avons fait 2 *arthrodèses* mixtes intra et extra-articulaire.

---

(1) A. Delahaye — Rapport de E. Sorrel — 2 cas de coxa vara, traités l'un par « réinfraction », l'autre par ostéotomie sous-trochantérienne. Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. Séance du 13 octobre 1926. Tome LII, N° 26, Page 855-867.

(2) E. Sorrel: loc. cit.

(3) Scholder. Rapport de E. Sorrel Coxa vara grave chez une fillette de 14 ans. Ouverture de l'angle d'inclinaison du col fémoral Bull. et Mém. de la Société Nat. de Chir. Tome LII, N° 30, Séance du 10 novembre 1926 p. 1025-1029.

C'est surtout dans les *séquelles de la coxalgie* que nous avons eu occasion d'intervenir. Nos observations et nos résultats sont exposés dans la très belle et très importante thèse que vient de publier tout récemment M. Félix Bérard. (1)

54 fois il existait une *ankylose en position vicieuse*. Nous avons fait des *ostéotomies sous-trochantériennes*. C'est une opération très simple, très bénigne et qui permet d'obtenir à peu de frais des résultats excellents. Nous ne pouvons nous étendre sur sa technique, mais nous voulons dire cependant qu'à notre avis il faut la faire transversale ou un peu oblique, car des trois éléments de la déformation que l'on cherche à corriger ; flexion, adduction, rotation externe, c'est la rotation surtout qui est gênante, et c'est l'ostéotomie transversale qui permet de lutter contre elle. C'est une opération très minime, sans aucune gravité et dont les résultats sont toujours excellents.

26 fois il existait une *pseudarthrose*. 7 fois des arthrodèses *intra-articulaires* furent faites. Leur technique est un peu variable suivant les cas et nous avons parfois employé un procédé assez particulier. (Observation VI, page 38 et page 145 in thèse Bérard). Elle nous ont donné 3 ankyloses complètes ; 2 ankyloses serrées et 2 absences d'ankyloses.

6 fois des *arthrodèses extra-articulaires* par un procédé à peu près semblable à celui que pratique Mathieu furent faites. Elles nous ont donné

3 résultats excellents,

1 résultat bon, mais avec pseudarthrose du bord externe du greffon

2 trop récents encore pour entrer en compte.

Enfin 10 *arthrodèses mixtes, intra et extra-articulaires* furent pratiquées avec

8 résultats excellents et

2 trop récents.

Pratiquement nous avons à peu près abandonné l'arthrodèse intra-articulaire seule et nous avons tendance à faire de plus en plus des arthrodèses mixtes intra et extra-articulaires.

---

(1) **Félix Bérard — L'arthrodèse de la hanche dans la coxalgie — Thèse Lyon 1929.**

Dans 3 cas enfin de pseudarthrose extra-articulaire nous avons essayé 2 autres opérations.

2 fois une *ostéotomie basse* (c'est l'opération décrite et pratiquée il y a de longues années par Kirmisson et que Lorenz a découverte récemment et a vulgarisée sous le nom de bifurcation et

1 fois un enchevillement du trochanter qui a donné un bon résultat ultérieur.

Mais ce sont des opérations d'exception et qui doivent presque toujours céder le pas aux arthrodèses intra et extra-articulaires.

Enfin dans des *coxalgies récentes* nous avons fait 5 fois des *arthrodèses extra-articulaires*. Les résultats immédiats paraissent extrêmement favorables mais ce sont des interventions trop récentes pour que nous puissions dire exactement quelle est la valeur de l'opération.

* * *

Butées ostéoplastiques dans les luxations congénitales de la hanche

par le Professeur H.-Louis ROCHER (Bordeaux)
Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et d'Orthopédie
et le Docteur MAILHE.

Les considérations cliniques et opératoires que nous présentons sont basées sur 19 cas de luxation et subluxation congénitale de la hanche, traités par la méthode des butées extra-articulaires (1).

Les butées ostéopériostiques osseuses de la hanche se divisent en deux groupes: Les *butées de contention* sur une tête fémorale réduite et les *butées de stabilisation* sur une tête fémorale en état de subluxation ou de luxation.

(1) Ayant donné lieu à 22 interventions (3 opérations pour luxation bilatérale).

Nos observations ont fait l'objet d'un mémoire de médaille d'or de notre interne, Mr. Mailhe, l'année dernière, travail qui est resté inédit.

La première de ces interventions est curative ; la deuxième est palliative.

Les butées de contention s'adressent aux luxations incoercibles, du fait d'une aplasie iliaque qui rend le cotyle incontinent. Cette butée peut être faite après l'échec d'un traitement orthopédique prolongé et quelquefois de deux traitements orthopédiques complets : C'est la *butée secondaire*.

La *butée primitive* est celle qui sera faite d'emblée, lorsque l'âge de l'enfant et la forme du cotyle font présager de l'insuffisance et de l'échec du traitement orthopédique simple. En ce cas, l'opération de la butée osseuse peut suivre de 10 à 20 jours la date de la réduction orthopédique non sanglante.

De ce dernier type de butée pour luxations incoercibles, nous avons opéré 10 cas de 4 à 9 ans et 2 de ces cas ont été l'objet d'une double intervention à 15 jours d'intervalle pour l'un, à 9 mois pour l'autre.

Les Butées de stabilisation — opérations palliatives — s'adressent aux luxations et aux subluxations irréductibles. Nous avons opéré 9 sujets âgés de 9 à 55 ans. Dans ces différents cas, ou bien le sujet n'avait jamais été traité antérieurement, ou bien déjà avait été soumis à un ou plusieurs traitements orthopédiques.

Dans un cas, un enfant de 9 ans, a subi sur les deux hanches, à 15 jours d'intervalle, l'opération de la butée.

Le résultat très satisfaisant obtenu chez un homme de 55 ans atteint par ailleurs, sur le membre opposé, d'une paralysie infantile, nous permet d'espérer l'application de cette intervention chez des sujets adultes, d'âge avancé.

Nous nous sommes basés pour conseiller et appliquer la butée osseuse, sur le fait que radiographiquement, nous constations que la tête fémorale était non appuyée ou mal appuyée sur la fosse iliaque ou dans un néo-cotyle ou encore dans un cotyle très évasé et lorsqu'il existait des troubles fonctionnels persistants, progressifs, parfois très pénibles : fatigue, douleur à la marche, crises douloureuses d'arthrite.

La boiterie, à elle seule, ne peut constituer une indication, puisqu'elle ne sera pas modifiée par l'opération de la butée de stabilisation.

Nous n'avons appliqué qu'une seule fois l'opération de la butée dans une luxation iliaque postérieure, avec grande bascule du bassin. L'opération n'a été faite que d'un seul côté ; n'ayant pas de renseignements ultérieurs sur ce cas, nous en ferons abstraction.

Au point de vue de la technique, nous pensons qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une table orthopédique spéciale ; cependant nous avons opéré deux fois sur la table de HOWLEY. Habituellement, nous calculons bien exactement l'attitude opératoire de notre sujet avant l'intervention et nous nous servons d'un coussin triangulaire qui surélève la fesse à opérer, d'environ 30° à 40° au-dessus du plan de la table. La voie d'accès donnée par l'incision de Smith Pétersen nous paraît excellente et a été utilisée dans toutes nos interventions.

L'attitude opératoire du membre varie suivant que l'on pratique une butée de contention ou une butée de stabilisation. Au départ, l'intervention sera faite sur un membre maintenu en abduction de 40° environ. S'il s'agit d'une réduction dans un cotyle plat, celle-ci sera alors pratiquée facilement ; le membre sera porté en abduction à 90° et la butée ostéoplastique sera constituée dans cette attitude ; l'intervention sera terminée par suture des plans musculo-aponévrotiques et cutanés ; l'aide fixant — durant toute l'opération — le membre dans l'attitude déterminée par le chirurgien. L'appareil plâtré sera fait immédiatement (butée de contention), ou bien on pourra appliquer l'appareil bivalve confectionné 48 heures auparavant (butée de stabilisation ; on pourra enfin réappliquer l'appareil plâtré qui a été fait lors de la réduction orthopédique de la luxation, avant le temps de la butée (traitement en 2 temps).

Avec MATHIEU — constatation que nous avons faite il y a 3 ans dès le début de nos interventions — il faut bien prendre garde à refouler le plus possible l'insertion supérieure de la capsule, de manière à placer le plus bas possible les greffons au-dessus du cotyle insuffisant. Toutefois il faut éviter d'aller trop bas, de manière à ne pas compliquer l'intervention par l'ouverture de la capsule. ce qui pourrait amener de la raideur. Cependant, dans un cas, cherchant à placer les greffons aussi bas que possible, nous avons ouvert la capsule articulaire ; à cette occasion, nous rendant compte de la laxité qui en résultait, vu son décollement d'avec l'os iliaque, nous pûmes compléter l'opération de la butée osseuse par une capsulorraphie semblable à celle que l'on fait dans les luxations récidivantes de l'épaule. Pour ruginer la fosse iliaque et empêcher le saignement du muscle, il nous a paru très simple de faire le décollement à la compresse des fibres musculaires ; un cylindre de compresses étant poussé avec l'extrémité des doigts ou encore avec une spatule ; on peut ainsi très rapidement dégager sans hémorragie tout le cadran supérieur de l'articulation. Quant

au décollement de la capsule qui, refoulée par la tête fémorale luxée, vient s'appliquer contre l'os iliaque et lui adhère si intimement que l'opérateur non prévenu pourrait placer ses greffons trop haut, par rapport à la tête abaissée dans le mouvement d'abduction, il sera facile d'obtenir un décollement sans blessures ni de la synoviale ni du cartilage articulaire, en se servant d'un ostéotome coiffé d'une compresse, ce qui permet d'exercer des efforts considérables de rugination.

Toutes nos manœuvres opératoires doivent être faites *à bout d'instruments :* ceux-ci seront bien aiguisés et adaptés comme forme à la taille des lambeaux ostéopériostiques ou à l'incision paracotyloïdienne pour l'insertion des greffons.

Le matériel de butée que nous avons utilisé, a été variable suivant les cas : 1° *Greffons libres ostéopériostiques tibiaux* pris sur la face interne de l'os et, rangés en forme d'éventail, dans une incision en forme de parenthèse, qui encadre le pourtour de l'articulation, ou bien greffon pris sur la face externe de l'*os iliaque*, par dédoublement de l'aile et inséré suivant la même technique. (Ceci pour éviter de faire une seconde plaie opératoire sur le tibia.)

2° *Greffon pédiculé ostéopériostique pris sur la fosse iliaque* au-dessus du cotyle, luxé et basculé en manière de battant de table au-dessus de la capsule. Ce greffon, lorsqu'il est assez vigoureux, peut suffire pour servir de butée osseuse. Avec un perforateur, un trou est fait à son extrémité et un catgut chromé vient amarrer l'extrémité de ce greffon à la partie externe de la capsule épaissie, de manière à ce que la consolidation se fasse en bonne direction.

Souvent nous nous sommes servis de ce double matériel osseux que nous avons combiné : en ce cas, les greffons libres sont insérés au-dessus du greffon pédiculé rabattu. Il est à remarquer que le lambeau ostéopériostique iliaque, malléable chez l'enfant, est cassant chez le sujet adulte âgé. Nous insistons sur la nécessité d'incruster les greffons solidement dans la fente qui sera faite avec un ciseau de Mac Ewen ou avec une gouge à courbure très large; il faut veiller à ne pas léser la surface cartilagineuse du cotyle ; il faut que la direction de cette section osseuse qui, par pesée sur l'ostéotome, va devenir une brèche osseuse, permette une orientation convenable des greffons, de manière à constituer une butée efficace. Il faut bien veiller, après examen de la radiographie à réaliser sous un bon angle par rapport au plan iliaque, l'insertion du greffon libre ou la bascule du greffon pédiculé.

Luxations et Subluxations

NOMS	AGE	Indications cliniques et traitements antérieurs.
Yvonne D.	10 ans	Soignée 7 ans auparavant pour L.C.G. Revient avec sublux. G. irréductible. Tête mal stabilisée. Fatigue et douleur à la marche, boiterie qui vont en augmentant.
Pierrette B.	11 ans	Soignée à l'âge de 3 ans pour L.C. double. Très bon résultat à G. A dr., sublux. dans néo-cotyle insuffisant. Irréductible — crises d'arthrite — boiterie. Fatigue à la marche.
Marie D.	16 ans	L.C.G. irréductible, avec tête en arrière, assez loin du cotyle (jamais traitée avant). Fatigue et douleur à la marche, boiterie.
Augusta P.	22 ans	L.C.D. irréductible. Jamais soignée avant l'opération. Depuis l'âge de 12 ans, la fatigue et les douleurs à la marche vont en augmentant; il s'y est ajouté des crises d'arthrite.
Marie-Thérèse F.	23 ans	Subl. C. D. dans néocotyle insuffisant. Jamais traitée. Fatigue et douleur à la marche, qui l'ont immobilisée pendant 8 mois.
Félix de P.	12 ans 1/2	L.C.G. irréductible. Traitée depuis l'âge de 18 mois jusqu'à 7 ans. Fatigue et douleurs à la marche. Atrophie très marquée des muscles fessiers.
Geneviève P.	9 ans	L.C. Double traitée depuis l'âge de 2 ans: 2 traitements orthopédiques complets avec réduc. tion. Irréductible des 2 côtés. Les 2 têtes sont mal appuyées, les deux cotyles sont plats, sans toit.
Germaine R.	14 ans	L.C. dr. traitée par corset ortho édique depuis 1 an, pour lutter contre fatigue et douleur. Tête luxée dans un néo-cotyle. Luxation irréductible.
Mr. de C.	55 ans	Subl. C.H. dr. Jamais traitée. Fatigue et douleur à la marche (ne peut faire plus de 100 à 200 mètres). Ces troubles ont débuté à 35 ans, vont en augmentant. La Subl. est irréductible. Membre paralytique G. avec pied équin.

ABREVIATIONS:

L. C. H. : luxation congénitale de la hanche ; B : butée.
Subl. C. H. : subluxation congénitale de la hanche ; GT : greffons tibiaux.
G : gauche. D, dr. : droite.

irréductibles.

Technique et date de l'intervention.	RÉSULTATS
Le 21 mai 1926. B. par G.T., le membre étant placé en abduction de 30°. Immobilisation: 2 mois.	Très bon après 2 ans. Boiterie persiste seule.
Le 25 juin 1926, B. à droite par G.T. Immobilisation: 2 mois.	Très bon résultat après 2 ans. Tous les signes fonctionnels ont disparu. Boiterie persiste mais a diminué.
Le 17 mai 1926, B. par volet iliaque et G.T. Immobilisation: 1 mois 1/2.	Très bon résultat après 2 ans. Tous les signes fonctionnels ont disparu; la boiterie a à peine diminué.
Le 3 juin 1926, B. par G.T. et volet iliaque. Immobilisation: 2 mois.	Très nette amélioration après 2 ans. Fatigue et douleurs supprimées.
Le 7 juillet 1926, B. par G.T. Immobilisation: 3 mois.	Résultat excellent. Souplesse, légère boiterie. Pas de Trendelenburg.
Le 31 août 1927, B. par rabattement d'un volet prélevé sur l'os iliaque. Immobilisation: un mois et demi.	Bon après 2 ans. Plus de douleurs ni de fatigue. Boiterie marquée. Hanche un peu raide. Amélioration.
Butée G. le 4 novembre 1927, par volet iliaque. Butée Dr. le 20 novembre 1927, par volet iliaque. Immobilisation: 2 mois.	Bon. B. placées un peu haut. 7 mois après l'intervention, raideur des 2 articulations mais le traitement post-opérat. amène de jour en jour des progrès très sensibles. Actuellement têtes bien appuyées.
Le 14 mars 1928, B. droite par volet rabattu et fixée à la capsule. Immobilisation: un mois et demi.	Très bon après 9 mois. Hanche souple. Fatigue et douleurs supprimées; boiterie diminuée.
Le 7 mai 1926, B. à droite par volet iliaque. Il se fracture à sa base. on le renforce par un greffon prélevé sur la fosse iliaque.	Très bon résultat après 1 an. Plus de fatigue ni de douleur. Cet homme fait aisément 2 et 3 Km. Se déclare enchanté du résultat. Peut mener maintenant une vie active.

Luxations et Subluxations

NOMS	AGE	Indications cliniques et traitements antérieurs.
C. Pierre	6 ans	L.C. Double incoercible à droite par insuffisance du cotyle. Traité par les moyens habituels pendant 3 ans. Laxité articulaire G. guérie par traitement orthopédique.
Daniel B.	5 ans	L.C. double traitée pendant un an. La Luxation reste incoercible à gauche.
Jeannine C.		L.C. double traitée pendant 18 mois. Reste incoercible à gauche. Guérie à droite.
Anna P. L.	7 ans	L.C. double traitée tardivement pendant un an. Incoercible des deux côtés.
Lucienne B.	7 ans	L.C. double. Incoercible à gauche. Traitée pendant 6 mois avant l'opération. Réduction orthopédique à droite, ankylose.
Marie-Marthe E.	4 ans 1/2	L.C. double traitée pendant un an 1/2. Incoercible à gauche. Guérie à droite.
Plaut Josette	6 ans 1/2	L.C. double traitée pendant 4 ans 1/2. Incoercible des 2 côtés, après 2 traitements orthopédiques complets.
Jeanne C.	13 ans 1/2	L.C. Dr. traitée pendant 1 an à l'âge de 3 ans. Luxation incoercible après un 2° essai orthopédique.
Oriou	5 ans	L.C. double traitée de février 1925 à mai 1928. Incoercible à gauche.
Charrier Odette	9 ans	Subl. C. Dr. L'enfant étant vue très tardivement, on conseille de faire tout de suite une butée.

incoercibles.

Technique et date de l'opération.	RÉSULTATS
Le 21 octobre 1926, réduction de la L.C. dr. B. par G.T. Immobilisation: 3 mois 1/2.	Parfait après 2 ans 1/2. Hanche solide et tout-à-fait souple. Pas de boiterie.
Le 19 mars 1927. Réduction de la L.C.G. B. par rabattement d'un volet taillé sur l'os iliaque. Immobilisation: 1 mois et demi.	Très bon après 2 ans. Boiterie minime, court, marche et joue sans fatigue.
Le 5 mars 1928. Réduction B. à G. par rabattement d'un volet taillé sur l'os iliaque. Immobilisation: 2 mois.	Parfait après 6 mois. La tête reste bien en place, la hanche est très souple.
Le 16 septembre 1927. Réduction et B. à G. par G.T. Le 8 juin 1928 — 9 mois après — B. à dr. par volet iliaque et G.T.	Très bon résultat pour les 2 côtés, après 18 mois à G. après 9 mois à Dr. Un peu de raideur articulaire qui va en s'atténuant de façon très nette.
Immobilisation: 1 mois et demi. Le 12 setpembre 1927. B. à G. par G.T. après réduction. Immobilisation : 1 mois et demi.	Mauvais résultat. Les greffons se sont résorbés. La hanche est ankylosée 9 mois après l'intervention: ankylose en rectitude.
Le 4 juin 1926. Réduction sanglante à G. par arthrotomie, puis B. par volet iliaque et G.T. Immobilisation: 2 mois.	Parfait après 2 ans. Cette enfant fait 10 Km. par jour pour se rendre à l'école et en revenir.
Le 24 mars 1928, B. à dr. par volet iliaque et G.T. 15 jours après, le 5 avril 1928, B. à G. par volet iliaque et G. prélevé sur l'aile iliaque. Les 2 côtés ont été réduits. Immobilisation: 2 mois.	Revue en juin 1929, résultat parfait à Dr. Subluxation à G. avec légère raideur de l'articulation. Paralysie post-opératoire transitoire du N Sciatique poplité Ext.
Le 23 mai 1928. Réduction sanglante. B. par rabattement d'un volet iliaque. Immobilisation: 2 mois.	Bon résultat après 8 mois. Légère ankylose qui va en s'améliorant. Réduction complète.
Le 12 mai 1928. Réduction de la L.C.G. et B. de ce côté par rabattement d'un volet iliaque. Immobilisation: 2 mois.	Résultat parfait après 6 mois. Souplesse exagérée de l'articul. Tête bien en place mais instable sur fond cotyloidien convexe. Progrès constants.
Le 17 mars 1929. Réduction et B. à droite par G.T. Plicature de la capsule.	Excellent résultat après 3 mois. La tête est bien en place, l'articulation tout-à-fait souple.

Enfin, la fixation du lambeau ostéopériostique pédiculé à la capsule, vers son insertion distale, par un catgut qui se fixe à son extrémité en le perforant ou en le cerclant, constitue un temps absolument nécessaire. Les greffons orienteront le travail d'ostéogénèse issue de la plaie dans laquelle les greffons sont insérés, ainsi que de toute la surface du lambeau ostéoplastique.

Au point de vue de l'*attitude du membre après l'opération*, nous conseillons pour la butée de contention, une abduction de 90° avec fixation en général du genou par un plâtre qui s'étend jusqu'au niveau de la partie moyenne du mollet ; dans les butées de stabilisation, nous estimons que la position d'abduction à 30° ou 40° avec un plâtre pelvi-jambier, est suffisante pour obtenir le résultat désiré. Le temps d'immobilisation plâtrée d'une hanche opérée de butée, varie de un mois et demi à 2 mois. Il est bien entendu que le traitement de mobilisation de cette hanche sera progressif et la mise sur pied et la marche ne pourront se faire que vers le 5e mois, date à laquelle les greffons auront acquis une suffisante résistance pour s'opposer à la poussée d'une tête fémorale. C'est pour cette raison que le traitement post-opératoire de rééducation musculaire paraît important pour soutenir l'articulation reconstruite.

Au point de vue des *résultats*, nous devons considérer ceux des butées de contention et ceux des butées de stabilisation.

Dans les butées de contention, sur 10 cas nous avons obtenu 9 résultats excellents pour luxations ou subluxations incoercibles, et 1 échec que l'on peut attribuer au mauvais état général de l'enfant qui était dystrophique, amaigri, issu de parents tuberculeux.

Dans les 9 cas la tête a été maintenue dans le cotyle ; l'articulation opérée a récupéré sa souplesse et les résultats fonctionnels sont le reflet des résultats anatomiques.

Dans 9 cas de butée de stabilisation pour subluxation et luxation irréductible, les troubles fonctionnels ont été supprimés le plus souvent et, dans les autres cas, considérablement améliorés ; la tête n'a jamais glissé au-dessus de la butée ; l'articulation a retrouvé toute sa souplesse ou tout au moins la plus grande partie de celle-ci.

Il est intéressant de noter un très bon résultat chez un sujet de 55 ans, rendu à la vie active après 20 ans d'une impotence qui allait s'aggravant. La fatigue et les douleurs à la marche sont les symptômes qui rétrocèdent d'une façon importante et rapide. Les crises douloureuses du type arthrite sèche s'estom-

pent et disparaissent ; la boiterie, bien entendu, ne peut être supprimée dans ce cas, puisque la tête reste luxée. Le port d'une chaussure surélevée effacera en grande partie la boiterie.

Nous avons opéré trois fois les 2 hanches : dans 2 cas à 15 jours d'intervalle, et dans 1 cas à 9 mois d'intervalle. Dans ces 3 cas les résultats ont été très bons (voir le tableau synoptique).

Nous conclurons donc que la méthode des butées extra-articulaires donne des résultats anatomiques et fonctionnels très intéressants, qui font de cette intervention une des acquisitions les plus utiles de la chirurgie orthopédique moderne. Ces 19 cas prouvent indiscutablement la valeur de cette intervention.

*
* *

Dr MAFFEI,

Professeur extraordinaire à l'Université de Bruxelles.

— Me consacrant presqu'exclusivement aux affections de l'enfance, mon expérience de la chirurgie réparatrice de la hanche ne porte en principal que sur la luxation congénitale et sur la coxalgie.

Au sujet de la *luxation congénitale*, j'estime que c'est seulement par la réduction non sanglante que nous pouvons obtenir des résultats parfaits de réparation de la hanche, mais j'ajoute immédiatement qu'il est rare que nous ne soyons pas consultés trop tard pour obtenir ce résultat parfait. Je crois qu'il n'est plus de notre temps de dire qu'il faut attendre l'âge de deux ou trois ans pour traiter un enfant atteint de luxation.

Dès que l'enfant commence à marcher, il déforme la tête fémorale du côté luxé, il écrase le ligament rond, atrophie l'artère nourricière de la tête fémorale et s'oppose ainsi à un développement convenable de cet organe. Il favorise aussi la production dans la cavité cotyloïde deshabitée, d'un tissu fibreux compact qui ne disparaîtra plus jamais complètement et empêchera dans la suite et d'une façon définitive la formation d'une cavité cotyloïde profonde, convenable et capable de recevoir sans rugosité et sans mobilité anormale une tête fémorale déjà troublée dans son développement.

Si j'insiste sur ce traitement le plus précoce possible de cette affection et si je montre les troubles anatomiques irrémédiables qui se produisent très rapidement surtout lorsque commence la marche, c'est pour que l'on comprenne bien les raisons pour lesquelles pour ainsi dire aucune des méthodes que l'on indique et qui reste extra articulaire n'est capable de remettre en rapport convenable les deux articles de l'articulation et ne peut apporter la reconstruction anatomique des parties déformées.

Il en résulte que ces réductions imparfaites maintiennent dans l'articulation une mauvaise coaptation, la friction des parties cartilagineuses rugueuses se signalant d'ailleurs par de nombreux craquements ; bref une irritation permanente de l'articulation qui tôt ou tard provoque l'arthrite douloureuse où l'ostéochondrite.

Ce n'est pas le moment de discuter de l'ostéochondrite ou de l'arthrite sèche, mais cependant je tiens à faire remarquer que c'est par l'apparition de ces affections que l'on peut juger de la valeur du traitement de la luxation congénitale.

Il ne faut pas, comme on le fait peut-être trop souvent, juger ces résultats uniquement sur le rapport articulaire de la tête fémorale avec son cotyle, il est nécessaire aussi d'apprécier le résultat fonctionnel de l'articulation et il est bon de remarquer que si fréquemment, pendant les premièdes années qui suivent la fin du traitement, on obtient des résultats très satisfaisants il arrive néanmoins beaucoup plus fréquemment que longtemps après le traitement des douleurs articulaires apparaissent rendant la marche difficile et même intolérable.

Ces douleurs sont le fait d'arthrite sèche ou d'ostéochondrite dues à des réductions imparfaites.

Ce sont ces impotences à distance qui font que j'estime une réduction parfaite et précoce indispensable ; que si on ne l'obtient pas il est inutile d'attendre et qu'un procédé chirurgical doit être employé.

Je pose ce principe comme absolu ; ne voulant pas reprendre l'étude qui a été faite magistralement par nos rapporteurs, je dirai simplement que mes préférences dans le choix à en faire vont aux procédés intra articulaires qui permettent seuls une coaptation complète de l'articulation.

Lorsqu'on a abandonné la réduction sanglante de la luxation, c'était à une époque où la chirurgie commençait sa période aseptique et l'on peut se rendre compte que la mortalité de cette opération était uniquement due à des phé-

nomènes septiques ; mais nous n'en sommes plus là et on comprendrait difficilement à l'heure actuelle les accidents qui se sont produits alors. Une seconde objection que l'on peut faire à l'ouverture de l'articulation, c'est l'ankylose partielle possible. Cette objection est certainement réelle. L'ankylose de la hanche se produit fréquemment et rapidement surtout chez l'enfant. Il est donc nécessaire de la combattre et d'être averti.

Mais au cas même où elle se produirait, est-elle un si grand mal ? Je ne le crois pas Les ankylosés de la hanche sont loin d'être dans des conditions fonctionnelles difficiles et dans tous les cas ils ne souffrent pas.

Si on les compare aux malades atteints d'arthrite sèche ou d'ostéochondrite consécutives aux réductions imparfaites dont je parlais tout à l'heure, il n'y a pour moi pas d'hésitation possible : leur état est de beaucoup préférable.

Au sujet des *Coxalgies*, je considère aussi que la bonne ankylose est comme pour toutes les arthrites tuberculeuses la vraie bonne guérison. Pour ma part, je me suis toujours opposé de la façon la plus formelle à toute tentative mobilisatrice, fut-elle mécanothérapique ou opératoire. C'est dire que je suis extrèmement partisan des opérations ankylosantes qu'elles soient faites pour consolider une ankylose complète ou pour compléter une ankylose partielle.

Les procédés intraarticulaires sont seuls admissibles à mon avis, nous savons trop les risques de récidive grave que font courir tout traumatisme voulu ou accidentel porté sur un foyer tuberculeux que nous croyons guéri.

La technique de Mr. Mathieu me paraît la meilleure.

Je ne l'ai appliquée qu'une seule fois ; c'était chez une fillette de 13 ans, considérée comme guérie depuis plusieurs années. Lorsque je l'ai opérée, elle présentait cependant encore un peu de mobilité douloureuse, de douleur à la fatigue, motifs de notre intervention. Au moment de tailler le lambeau iliaque, j'ai constaté que le tissu de cet os était fortement décalcifié et fort peu dense, j'eus ainsi la crainte de ne pas obtenir un pont de substance suffisamment compact. Il n'en fut rien ; je conserve cependant une certaine crainte à ce sujet et je me demande si dans ces cas, qui sont probablement fréquents chez les enfants, il n'y aurait pas avantage à consolider ce pont osseux par l'apport de quelques solides greffons pris à distance, sur le tibia par exemple.

Ceux-ci par l'apport de calcium nouveau amènerait certainement une ossification meilleure de toute la région.

Je ne veux pas terminer ces quelques réflexions sans vous signaler l'excellence absolue de l'ostéotomie sous trochantérienne (ostéotomie en Y) comme correction définitive de certaines coxalgies graves. Celles-ci ont guéri, par le fait même de leur gravité, ankylosées en mauvaise position, il y a raccourcissement, adduction quelques fois marquée et la marche de ces malades est extrèmement pénible. Toujours l'ostéotomie sous trochantérienne avec immobilisation en abduction convenable, m'a donné les meilleurs résultats. Le raccourcissement est corrigé, le point d'appui que le fémur prend sur le bassin soulage l'ankylose et le malade marche aisément sans douleur. Les résultats que j'ai obtenus font que je considère cette opération comme une des meilleures que l'on puisse pratiquer.

*
* *

La mia esperienza di chirurgia riparatrice dell'anca (84 casi)
(Projections lumineuses)

Prof. FRANCESCO DELITALA (Venezia)

Gli interventi che ho eseguito e che mi danno occasione di svolgere rapidamente alcune considerazioni di indole generale, sono i seguenti :

1. — Osteotomia del collo femorale per coxa vara . . . n. 4
2. — Osteotomia sottotrocanterica per anchilosi o rigidità in adduzione-flessione . . . . . n. 37
3. — Biforcazione alla Lorenz per lussazione congenita dell'anca . . . . . n. 10
4. — Plastica del tetto cotiloideo per lussazione congenita dell'anca . . . . . n. 7
5. — Trapianto autoplastico per pseudartrosi da trauma del collo femorale . . . . . n. 18
6. — Artroplastica per anchilosi . . . . . n. 8

In questa statistica non ho compreso i casi di avvitamento del collo femorale per fratture recenti, non ho considerato gli interventi per fratture del cotile, né quelli per lussazioni recenti di origine infiammatoria, per quanto a rigore di termini possano essere considerati quali interventi riparatori.

Pochi cenni sulle osteotomie sottotrocanteriche e sulle artroplastiche. Le prime sono entrate ormai nella pratica corrente e rappresentano un intervento sicuro ed efficace quando si vuole modificare l'atteggiamento di un arto rispetto al bacino, oppure si vuole correggere l'angolo formato dal collo femorale e dalla diafisi. Le osteotomie debbono essere eseguite correttamente, cioé a giusta altezza e senza spostamento dei frammenti ; l'immobilizzazione deve essere mantenuta a lungo, in media per un anno, se si vogliono evitare recidive. Le seconde sebbene suscettibili ancora di modificazioni tecniche costituiscono di giá una conquista della moderna chirurgia : soltanto mediante l'artroplastica siamo in grado di ridare il movimento ad un'articolazione irremediabilmente perduta.

Per ottenere risultati favorevoli occorre che la tecnica sia corretta e che il trattamento postoperatorio sia adattato caso per caso. Poco valgono le regole generali, molto l'esperienza sul trattamento delle rigidità e delle anchilosi in genere. Di fronte a questo ha poca importanza persino la scelta dell'incisione che si esegue per aggredire l'anca, o la scelta degli strumenti che si impiegano per l'intervento.

Sul *metodo di biforcazione alla Lorenz* non ripeterò quanto hanno scritto i diversi Relatori.

In una mia pubblicazione di due anni fa intitolata « tentativi di cura della lussazione congenita inveterata dell'anca » concludevo col dire che « tra i metodi di trattamento, il più indicato, sia per la innocuità dell'atto operativo, sia per i risultati funzionali che si ottengono, é la biforcazione alla Lorenz ». L'ulteriore esperienza mi conferma in questa opinione e mi fa ritenere che questo nuovo metodo non verrà più abbandonato nell'avvenire. Eravamo disarmati contro le lussazioni inveterate ed irriducibili, ora possediamo un mezzo di indiscutibile valore. Sono d'avviso che i migliori risultati si ottengono quando in luogo di infiggere il moncone inferiore entro il vecchio cotile, si costituisce una stampella sulla quale si viene ad appoggiare l'ala iliaca.

I risultati che si ottengono con una biforcazione bene eseguita sono indiscutibili, le leggi meccaniche che entrano in gioco non sono invece sufficentemente conosciute e meritano uno studio ulteriore.

La limitazione di movimento che ho osservato in alcuni dei casi da me operati quando eseguivo esattamente la tecnica di Lorenz ritengo sia dovuta al fatto che il movimento si svolge secondo due assi differenti : l'uno che passa tra testa

e neocotile, l'altro all'apice del moncone profondamente infisso nel vecchio acetabolo.

Gli ultimi casi operati mi hanno dato costantemente buoni risultati, epperò non ho cercato di spingere il moncone inferiore nell'acetabolo.

La scomparsa del segno di Trendelenburg é costante. Quando sarà meglio conosciuto il meccanismo di azione di questa particolare osteotomia, quando si sarà accresciuta la personale esperienza dei chirurghi, ritengo che se ne potranno allargare i confini.

La *ricostruzione del tetto cotiloideo* rappresenta un ottimo mezzo di tecnica che può dare eccellenti risultati solamente se viene usato nei casi adatti. Generalizzare l'impiego non é possibile, neppure nei casi di lussazione congenita.

Ho ottenuto buoni risultati soltanto nelle sublussazioni non contenibili, nelle lussazioni recidivate in soggetti giovani, nelle lussazioni paralitiche.

Nelle lussazioni congenite complete, peggio ancora se iliache posteriori, i trapianti sono per lo meno inutili perché la testa femorale, nei movimenti di adduzione e flessione sfugge dall'appoggio che viene artificialmente costruito.

Ridurre prima, indi costituire un nuovo tetto non é indicato perché si va sicuramente incontro all'anchilosi, od alla rigidità articolare, così come avviene tutte le volte che si pratica la riduzione incruenta al di là della prima infanzia.

Per ciò che concerne la tecnica dirò che ho ottenuto migliori risultati, cioé un appoggio più sicuro usando robuste e larghe stecche prelevate dalla tibia. Ritengo però che in molti casi si possa impiegare il lembo osseo, abbassato dall'ala iliaca e fissato alla capsula con un punto. In tal caso, usando il trapianto di brattee ossee alla Delagenière ho avuto un parziale riassorbimento di queste.

Nelle lussazioni paralitiche (ho avuto un caso di paralisi del medio gluteo con lussazione completa del femore) si può ricorrere alla ricostruzione del tetto ed alla plastica della capsula.

Nelle lussazioni congenite invece é necessario rispettare la capsula (si badi sopratutto a non aprirla quando si distacca il gran trocantere) se si vuole evitare la rigidità articolare.

Segue la proiezione di numerose diapositive che illustrano alcuni tra i casi più interessanti.

*
* *

Prof. WIERZEJEWSKI, Poznañ (Pologne).

Le traitement de la luxation congénitale de la hanche, c'est la reposition. Si les manœuvres externes n'ont pas la chance de réussir, c'est la reposition ouverte qui doit être effectuée Celle-ci donne des résultats beaucoup plus satisfaisants au point de vue fonctionnel, que les autres procédés opératoires, même dans le cas où la hanche s'enraidirait secondairement En tout cas c'est une hanche bien appuyée.

Cette enraidissement, qui n'est pas du tout de règle, cesse au bout de quelques mois dans la plupart des cas. La hanche a alors d'ordinaire assez de jeu pour permettre de s'asseoir et de marcher assez souplement.

La voie d'accès de Dollinger si moderne autrefois, doit être abandonnée, l'incision de choix c'est l'incision d'Ollier et le détachement du grand trochanter avec ses muscles.

L'accès antérieur de Ludloff facilite une infection secondaire notamment dans des cas où les essais des mouvements de reposition non-sanglante ont provoqué des lésions de l'uretère.

Chez les sujets plus âgés ayant la hanche luxée très haut, la reposition est non seulement très difficile à faire, mais peut surtout assez facilement se compliquer par la paralysie du nerf sciatique.

Dans un des cas observés la paralysie s'est maintenue pendant six mois, mais elle a cédé définitivement sans laisser aucune conséquence.

Dans tous les cas, où la position ouverte ne peut être appliquée, la bifurcation de Lorenz ou l'ostéotomie basse de Schanz ont donné des résultats favorables.

La réfection du toit de cotyle dans la subluxation de la hanche a donné des résultats très différents. Quant à la claudication, l'effet en a été presque toujours nul ; quant à la douleur, les résultats ne sont pas toujours non plus ceux qu'on en attendait. Dans un cas particulier la douleur persiste encore ; il y a un an, que la malade a été opéré.

Les résultats décisifs peuvent se faire attendre. Le traitement de choix pour les fractures du col du fémur c'est la méthode conservatrice de Withman-Loeffberg. Les méthodes d'enchevillement et de transplantation des greffes osseuses provoquent plus fréquemment une arthrite déformante secondaire et une raideur consécutive de l'articulation.

*
* *

Indications de la fixation de la hanche dans la coxalgie. Greffon interfémoro ischiatique — Voie d'accès par ostéotomie et section diaphysaire sous-trochantériennes temporaires.

(Projections lumineuses)

par le Docteur Jacques CALVE (Berck-Plage, France).

Le problème de la coxalgie guérie est un des plus décevants de la chirurgie orthopédique. Malgré un traitement rationnel et prolongé, les lésions cicatrisées laissent souvent la hanche dans des conditions mécaniques défavorables. La restitution intégrale est exceptionnelle. Exceptionnelle aussi la solide ankylose osseuse unissant par des fortes travées osseuses fémur et bassin. La guérison habituelle, pour ne pas dire constante est la pseudarthrose avec soudure fibreuse péri-focale. Ces tissus de cicatrice créent une néocapsule plus ou moins serrée et restent le seul moyen d'union du fémur au bassin, les muscles péri-articulaires, et en particulier les moyen et petit fessiers étant totalement atrophiés. La physiologie de la hanche est complètement transformée dans la fonction de sustentation et par suite, dans la marche. Tout le poids du tronc, de la tête et des membres supérieurs se transmet au sol par l'intermédiaire de ces trousseaux fibreux de cicatrice, en particulier par la portion supéro-externe de la néo-capsule. (J'ai longuement exposé ailleurs (Journal Médical français, Janvier 1925) ce mécanisme faussé de la statique coxo-fémorale dans la coxalgie.)

Pratiquement, du degré de mobilité de la pseudarthrose, de la résistance et de la tolérance de la néo-capsule cicatricielle dépend l'avenir fonctionnel du coxalgique.

Dans un nombre important de cas, surtout si le malade porte des appareils amovibles de convalescence pendant trois à quatre années après la reprise de la marche, et à condition que le malade s'abstienne de pratiquer des sports violents ou des marches prolongées, la hanche devient suffisamment stable pour permettre au malade, avec un minimum de boiterie, une vie sociale presque normale.

Assez fréquemment ce résultat favorable n'est pas obtenu. Ce sont les cas qui nous intéressent ici. Les uns restent douloureux d'une façon continue et la marche n'est possible qu'à l'aide de béquilles ou de cannes. D'autres deviennent doulou-

reux à la longue, ou sont douloureux par accès (hanches qui « grippent », hanches « hygrométriques » etc.).

Ces sont des malades dont la vie sociale est très diminuée. Il faut agir. Dans certains cas, c'est la tendance à l'attitude vicieuse qui prédomine. Sous l'effort incessant d'élongation qu'elle subit la néo-capsule cicatricielle cède partiellement : adduction et flexion s'installent progressivement. Là aussi nous devons intervenir. L'ostéotomie sous trochantérienne suffit souvent à corriger d'une façon permanente ces difformités.

Trop souvent cependant dans les années qui suivent l'ostéotomie, les attitudes vicieuses se reproduisent insidieusement. Nouvelle indication d'intervention. Faut-il ostéotomiser à nouveau?. Faut-il fixer?

Restent à mon avis, les cas les plus nombreux pour lesquels la fixation peut-être envisagée.

Je veux parler des anciens coxalgiques dont malgré une attitude correcte ou un raccourcissement peu important et compensé, une boîterie très accentuée et disgracieuse persiste (celle que j'ai appelée la boîterie antalgique). Ces cas constituent l'opprobe de la coxalgie.

Le malade, ses parents et son entourage en rendent responsable l'orthopédiste traitant. Leur amertume est d'autant plus grande que les soins ont été sévères, prolongés et régulièrement suivis.

Que se passe-t-il dans ces cas trop fréquents? Il y a intolérence de la néo-capsule cicatricielle. Les tractions, les tiraillements qu'elle subit à chaque pas du malade quand le membre coxalgique est portant ne sont pas suffisants pour provoquer la douleur — mais deviendraient douloureux si l'effort se prolongeait ou augmentait en force. — La néo-capsule coxalgique est « au bord de la douleur ». Par un réflexe de défense antalgique, par un stratagème de défense, elle provoque un déplacement du tronc et du membre supérieur en dehors du côté malade, mouvement qui a pour but, en déplaçant le centre de gravité vers la hanche malade de soulager en tout ou en partie les tissus de cicatrice de la pseudarthrose.

Ce mouvement incessant crée une boiterie caractéristique (« on boite des épaules » Ducroquet) un balancement disgracieux. Il sera d'autant plus prononcé que sera grande l'intolérance de la néo-capsule. Pour en juger, il faut rechercher ce degré d'intolérance par ce que j'ai appelé l'épreuve d'appui unilatérale, le test de la pseudarthrose. Il faut prier le malade de se tenir en équilibre sur son membre malade.

Si la boîterie est dûe à d'autres causes que le tiraillement de la capsule (raccourcissement, mauvaise attitude) 1 et 2 l'équilibre est facilement obtenu, sans aucune mouvement de translation ou d'inclinaison du tronc. Si, au contraire, les tissus fibreux de cicatrice ne peuvent résister aux efforts d'élongation qu'ils subissent, immédiatement le membre supérieur du côté malade est projeté en dehors et le tronc s'incline latéralement dans le même sens. L'épreuve 3 et 4 est positive. Elle est pour nous une indication formelle de fixation.

Il faut donc fixer les hanches coxalgiques :

a) quand plusieurs années après la cicatrisation du foyer elles restent douloureuses à la marche, soit d'une façon continue, soit par crises ;

b) quand malgré une ostéotomie correctrice antérieure les attitudes vicieuses ont tendance à se reproduire ;

c) quand elles provoquent une boiterie accentuée dûe à un tiraillement incessant de la néo-capsule cicatricielle, c'est-à-dire, quand l'épreuve d'appui unilatéral est positive.

Comment faut-il fixer?

Jusqu'à présent, sauf Maragliano en 1921, c'est à la greffe externe iléo-trochantérienne qu'ont eu recours les chirurgiens qui se sont occupés de la question, soit par voie extra-articulaire, soit par voie extra et intra articulaire. Les procédés sont nombreux et il faut le dire, n'ont pas donné des résultats entièrement satisfaisants. Sans parler de la résorption du greffon ou de sa fracture, il y a de nombreux échecs dûs à ce qu'une des extrémités du greffon ne se soude pas. Même dans les cas heureux, si la douleur est supprimée, la boiterie persiste à un degré plus ou moins accentué et beaucoup d'opérés se mettent progressivement en adduction. A mon sens, l'explication de cet échec s'explique aisément et mécaniquement ; la situation du greffon est illogique, car il travaille en tension, en élongation ; la chirurgie osseuse s'inspire beaucoup de la menuiserie. Soyons donc, quand nous le pouvons de bons menuisiers. Dès 1925, j'avais proposé un greffon placé entre le fémur et l'ischion, un greffon inter-fémoro-ischiatique en position logique puisqu'il travaillerait en pression, qu'il serait court, trapu et présenterait de bonnes surfaces de soudure dans toute sa longueur.

La difficulté d'accès de l'ischion et de la branche ischio-pubienne m'avait empêché d'appliquer ce procédé. Devant les insuccès de la greffe iléo-trochantérienne, j'ai repris la question et cherché une voie d'accès facile.

C'est celle que je vous propose aujourd'hui : elle consiste à pratiquer une ostéotomie du fémur à un niveau correspondant au bord inférieur du petit trochanter, au-dessus des insertions des adducteurs, au-dessus de la bifurcation de la fémorale primitive.

En faisant basculer en dedans le fragment diaphysaire distal du fémur, les vaisseaux fémoraux sont également entraînés en dedans ; un jour suffisant est créé pour découvrir la branche ischio-pubienne dont on avive la surface. La face interne du fragment proximal du fémur est également avivée ; le lit du greffon ainsi préparé, celui-ci est pris au tibia du membre sain. Il sera bon de la sectionner en deux ou trois fragments superposés selon la distance qui sépare le fémur de la branche ischio-pubienne. Il faudra avoir soin de donner à ces fragments une longueur telle que, lorsqu'ils seront mis en place et fixés, ils dépasseront d'un centimètre environ le fragment proximal du fémur. On créera ainsi une butée qui, lorsque le fragment distal du fémur sera remis en place, s'opposera au chevauchement en dedans de ce fragment. La fixation du fémur et du greffon à l'ischion sera obtenue à l'aide d'une vis ou d'un clou de longueur appropriée.

Si l'ostéotomie temporaire ne donne pas une voie d'accès suffisante, on pourra réséquer provisoirement trois à quatre centimètres de la diaphyse proximale. Ce segment fémoral sous-trochantérien sera remis en place lorsque le greffon aura été posé. Ils seront fixés solidement l'un et l'autre à l'ischion selon le procédé indiqué ci-dessus.

Il sera très utile pour pratiquer cette opération de se servir d'une table orthopédique à inclinaison latérale du modèle Ducroquet, Lance ou Galland. Il faudra avoir également un excellent éclairage artificiel.

*
* *

Mon expérience au sujet de la reposition sanglante des luxations congénitales de la hanche

par M. J. ZAHRADNICEK (Prague).

Au sujet de la question qui vient d'être traitée — *la chirurgie réparatrice de la hanche* — je me permets de vous rendre

compte brièvement de l'expérience que j'ai acquise au sujet de la reposition sanglante des luxations congénitales de la hanche. Mon expérience est fondée sur 36 cas que j'ai eu l'occasion de traiter. Dans la totalité de ces cas, le traitement non sanglant avait été essayé sans résultats.

Lorsque le traitement non sanglant (PACI-LORENZ) a été essayé sans succès, il ne reste au chirurgien qu'à essayer du traitement sanglant. Et il importe de procéder de façon que ce traitement donne les meilleurs résultats.

La reposition sanglante de la tête luxée dans le cotyle creusé, telle qu'elle a été pratiquée jadis (MARGARY 1882, POGGI 1888, HOFFA 1889 et LORENZ) est un mode de traitement qui avait fini par être abandonné après divers insuccès et surtout en considération du succès du traitement non sanglant. Aujourd'hui il est tout à fait au second plan et en général on n'en entend presque pas parler.

D'autre part on commence depuis quelque temps à pratiquer, pour les luxations incoercibles, la reconstruction ostéoplastique du sourcil cotyloïdien (ALBEE 1917, LANCE 1925) et, dans les luxations absolument irréductibles, à pratiquer une butée ostéoplastique au-dessus de la tête fémorale luxée. La reconstitution ostéoplastique du sourcil cotyloïdien donne de bons résultats pour les subluxations et les luxations incoercibles chez les jeunes enfants, tandis que dans les cas des enfants plus âgés, ce traitement n'est appliqué avec succès qu'aux subluxations.

Les bons résultats obtenus au cours des dernières années par l'arthroplastie m'ont amené, à partir de 1923, à essayer de la reposition sanglante dans les cas où le traitement non sanglant avait échoué. Au début je n'ai recouru à la reposition sanglante que dans des cas très particuliers, ensuite je l'ai employée de plus en plus souvent et aujourd'hui j'ai pour principe de recourir à la reposition sanglante dans tous les cas où le traitement non sanglant échoue. Je vais donc avoir l'honneur de vous exposer brièvement ma façon de procéder, les résultats obtenus et les conséquences que j'en tire.

Je procède comme suit : J'exécute une incision cutanée à partir de l'épine iliaque antérosupérieure, se dirigeant en avant et en-dessous du grand trochanter, où l'incision s'arrête. Après avoir sectionné l'aponévrose je pénètre profondément entre le tenseur du fascia lata et le moyen fessier, après quoi

je relève avec le ciseau le grand trochanter avec insertion des fessiers. Ainsi j'obtiens un accès suffisant à l'articulation.

Après avoir sectionné la capsule articulaire en forme de T on fait jouer la tête dans la plaie, et on coupe le ligament rond et la capsule articulaire dans toute sa circonférence. Ayant alors suffisamment dégagé la tête avec le col et ayant obtenu l'accès indispensable au cotyle, on peut s'occuper de préparer ce dernier. On extirpe le tissu et la partie inférieure de la capsule adhérente au fond du cotyle. Après avoir enlevé les parties molles, il s'agit d'approfondir et d'agrandir le cotyle au moyen de l'excavateur de Murphy. Il n'est nécessaire d'approfondir et d'agrandir le cotyle que juste assez pour retenir la tête. En agrandissant le cotyle il faut avoir grand soin de respecter le sourcil cotyloïdien, et si celui-ci est peu développé ajouter sa reconstitution ostéoplastique. La tête elle-même, nous n'y touchons pas, sauf dans les cas de déformation exceptionnelle.

On peut maintenant procéder à la reposition de la tête dans le cotyle ainsi préparé, ce qui en règle se fait facilement et sans demander une force particulière. Je juge tout à fait inutile d'interposer des tissus (fascia lata, graisse) entre la tête et le cotyle. Après la reposition faite, je remets le grand trochanter à sa place et je le fixe au moyen de points de suture de catgut, et, dans les cas d'ossification avancée, au moyen d'un clou. L'opération se termine alors par la suture de l'aponévrose et de la peau. La plaie se referme entièrement sans drainage. L'opération dure de 30 à 45 minutes.

Immédiatement après l'opération je mets un bandage plâtré allant jusqu'à la moitié de la jambe, en légère abduction et au besoin en rotation en dedans. Le bandage plâtré reste 8-12 jours, ensuite je l'enlève et je mets une extension du poids d'un demi-kilo, que je laisse de quatre à six semaines. Aussitôt que l'extension est posée les enfants peuvent faire des mouvements avec les extrêmités.

Après avoir laissé l'extension de quatre à six semaines selon le cas, je l'enlève, et les enfants peuvent commencer à marcher avec des béquilles. Après un mois environ ils n'ont même pas besoin de béquilles, et en général peuvent marcher sans aucun soutien. Tout le traitement est terminé en huit ou dix semaines.

Quand on fait plusieurs fois la reposition sanglante de la luxation de la hanche on est étonné de constater l'importance des altérations anatomiques subies par le cotyle, la tête fémorale et la capsule. Elles sont beaucoup plus importantes

que ne pouvait l'indiquer la radiographie, ni le faire soupçonner l'examen clinique. Et elles sont bien de nature à persuader que le traitement non sanglant ne pouvait réussir.

Les altérations anatomiques subies par le cotyle sont les plus importantes, et elles augmentent avec l'âge de l'enfant. Dans le cas de luxations incoercibles le cotyle est toujours aplati, diminué et rempli de tissus, surtout par le fait que la capsule sortant du bord inférieur du cotyle, est tirée en haut par la tête luxée de façon qu'elle recouvre le cotyle et même qu'elle adhère au fond du cotyle dans la partie inférieure de celui-ci.

On trouve aussi ordinairement le cotyle d'un moindre diamètre que la tête, et cette disproportion augmente régulièrement avec l'âge. Non seulement le diamètre du cotyle est plus petit, mais sa forme est souvent irrégulière. Dans le cas d'enfants de 4 à 6 ans le cotyle nous apparaît souvent comme une petite fossette triangulaire, qui disparaît presque entièrement chez les enfants plus âgés, et, après avoir enlevé les tissus qui le recouvraient, nous le voyons comme une fossette peu importante. En passant le doigt sur ces bords nous sentons qu'ils consistent en trois tubérosités osseuses correspondant aux os qui participent à la formation du cotyle.

Dans les subluxations, les luxations du premier degré et souvent aussi celles du deuxième, le sourcil cotyloïdien est pour ainsi dire entièrement supprimé par la tête luxée, de sorte que le cotyle se continue directement dans le néocotyle ou se prolonge en direction supérieure sur l'os iliaque.

Après la sixième année, la tête se présente souvent déformée, et elle montre avec le col un certain degré d'anteversion, de valgosité ou de varosité.

La capsule articulaire cause souvent l'insuccès du traitement non sanglant parce qu'elle recouvre la moitié inférieure du cotyle (interposition de la capsule) ou qu'étant trop allongée et rétrécie elle forme ce qu'on appelle un isthme, phénomène qui d'ailleurs n'est pas fréquent.

Les altérations que je viens d'indiquer sont la preuve que dans les luxations dites incoercibles il n'est possible d'obtenir un résultat qu'en remédiant à ces altérations même, surtout à celles dont témoigne le cotyle car ce sont elles justement qui empêchent de retenir la tête. Ce résultat ne peut être acquis que par la reposition sanglante. La simple reconstruction ostéoplastique du sourcil cotyloïdien n'y suffit pas. Il est évident que là où le sourcil cotyloïdien n'est pas développé il est indispensable de le former par la méthode ostéoplastique

(Albee, Lance, Putti). C'est ainsi seulement que l'on pourra établir les conditions nécessaires au développement de l'articulation.

L'âge auquel nous pratiquons la reposition sanglante est un facteur des plus importants, je puis même dire décisif, pour sa réussite. J'ai obtenu les meilleurs résultats sur des enfants âgés de moins de six ans. Dans ces cas-là j'ai obtenu facilement et sans douleurs pour les enfants par la reposition sanglante, des résultats parfaits au point de vue anatomique et fonctionnel. Chez les enfants âgés de plus de six ans, on n'obtient un résultat qu'au prix de beaucoup plus d'efforts et aussi de beaucoup plus de temps. Bref, à mesure qu'augmente l'âge des enfants opérés les chances de succès diminuent. Chez les enfants de plus de dix ans, l'opération se termine souvent avec une liberté de mouvement plus ou moins limitée et parfois même avec ankylose.

La cause principale de ces résultats peu satisfaisants de la reposition sanglante chez des enfants plus âgés est l'ossification avancée du squelette. Le tissu cartilagineux se prête beaucoup mieux à une telle opération plastique que le tissu osseux. C'est pourquoi les meilleurs résultats de la reposition sanglante concernent des enfants de 2 à 6 ans, dont le squelette n'est pas encore ossifié. Une ossification plus avancée rend les résultats beaucoup moins favorables.

Il est naturel qu'il faut prendre aussi en considération d'autres facteurs encore. Il faut tenir compte des particularités biologiques individuelles de l'organisme, qui conditionnent en partie le résultat de l'opération, et sur lesquelles malheureusement nous ne sommes pas encore en état d'agir.

Les résultats : Dans l'ensemble j'ai eu l'occasion de pratiquer la reposition sanglante, de 1923 à aujourd'hui, dans 36 cas de luxation congénitale de la hanche. Six de ces cas concernaient une luxation bilatérale, ce qui élève à 42 le nombre de repositions sanglantes que j'ai pratiquées.

L'âge de mes patients allait de 21 mois à 17 ans, et dans chacun de ces cas, le traitement non sanglant avait été auparavant essayé en vain. Tous les enfants que j'ai soignés, étaient du sexe féminin, à l'exception d'un seul garçon.

Ces 42 opérations ont donné les résultats suivants : *15 résultats parfaits* (les enfants de moins de 6 ans). *16 résultats satisfaisants. 11 cas d'échecs* (4 ankyloses, 2 reluxations, 5 subluxations dues au relèvement insuffisant du sourcil cotyloïdien.

Je puis donc estimer le chiffre de cas « réussites » à 74 %, tandis que dans 26 % des cas je n'ai pas réussi pour divers

motifs. D'ailleurs, la plupart de ces insuccès remontent au début de ma pratique de la reposition sanglante, c'est-à-dire à un moment où je n'avais pas encore la même expérience qu'aujourd'hui. Je suis convaincu qu'à l'avenir la proportion des résultats non satisfaisants diminuera encore beaucoup, car mon expérience déjà acquise m'aidera à obtenir de bons résultats même dans des cas très difficiles. Je compte d'ailleurs publier bientôt dans une étude détaillée mon expérience au sujet de la reposition sanglante des luxations congénitales de la hanche.

Résumant donc mon expérience acquise, j'arrive aux conclusions suivantes :

1. Dans tous les cas de luxation congénitale de la hanche où le traitement non sanglant aura échoué, il est nécessaire bientôt de procéder à la reposition sanglante dans le cotyle convenablement préparé.

2. La reposition sanglante doit être exécutée au plus tard jusqu'à la sixième année de l'enfant, car nous avons eu l'occasion de nous assurer que cette opération, pratiquée avant cet âge, donnait d'excellents résultats, tandis qu'après 6 ans les chances de succès de la reposition sanglante diminuent. Alors on peut émettre le principe suivant : Toutes les luxations congénitales de la hanche, seront soumises au traitement non sanglant au plus tard à la troisième année, et si ce traitement n'a pas réussi, elles seront soumises de suite au traitement sanglant. Cette façon de procéder constitue en quelque sorte l'idéal qu'il nous faut poursuivre (Démonstration des rontgenogrammes des cas opérés.)

*
* *

Contribution au débat sur la chirurgie réparatrice de la hanche

par le Docteur A. FINIKOFF (Paris),

Ancien chirurgien de l'hôpital Oboukhoff à Petrograd

Dans la question complexe de la chirurgie réparatrice de la hanche, une place à part est occupée par la chirurgie des séquelles de la coxalgie. Dans son remarquable rapport, M. le prof. MATHIEU pose des indications très précises sur la méthode chirurgicale et conclut en faveur de l'arthrodèse extra-articulaire, la considérant comme une opération qui évite plus que

toute autre le réveil du foyer tuberculeux latent. Malgré sa grande prudence, M. MATHIEU a tout de même observé dans deux cas de coxalgie ancienne un réveil d'infection. Toutes les autres méthodes opératoires de reconstruction de la hanche donnent des résultats beaucoup plus alétoires dans les séquelles de coxalgie, comme le témoignent les statistiques de MM. BEERS et CAMPBELL.

Nous nous permettons de verser dans ce débat 10 cas de coxalgies anciennes chez l'adulte, traités sans intervention chirurgicale, par notre méthode personnelle, par injections intramusculaires d'huile iodée et les sels de calcium. Six cas ont été recueillis personnellement à l'hôpital Oboukoff, à Pétrograd, et dans le service de M. le professeur DELBET, à l'hôpital Cochin, à Paris. Quatre cas ont été recueillis par M. le Dr JOUNIAUX à l'hôpital civil de Versailles. (Thèse de Paris, 1926).

Voici le résumé de ces dix observations.

Observ. N° 1. Pierre P..., jeune homme de 27 ans. Coxalgie droite fistulisée depuis 6 ans. Impotence fonctionnelle complète. Traitement Finikoff en octobre 1922. En six mois, après 25 injections, assèchement des fistules. Après 11 mois, avec 50 injections, guérison clinique. Revu un an après, marche indolore, fistules taries.

Observ. N° 2. Nicolas Za..., jeune homme de 18 ans. Coxalgie droite fistulisée depuis 3 ans. Nombreuses ulcérations lupiques au cou et au thorax. Traitement Finikoff depuis octobre 1924. En sept mois, après 27 injections, amélioration de l'état local et général. Mouvement indolore, pas d'ankylose, toutes les ulcérations tuberculeuses cicatrisées.

Observ. N° 3. Marie J... Femme âgée de 61 ans. A subi la résection de la hanche pour coxalgie il y a 12 ans. Impotence fonctionnelle complète, douleurs au moindre mouvement. Traitement Finikoff depuis octobre 1927. En six mois, après 24 injections, assèchement des fistules. Revue un an après la fermeture des fistules. Marche indolore, état général excellent.

Observ. N° 4. Yvonne L..., jeune femme de 32 ans. Coxalgie droite. Malade depuis 4 ans. Traitement Finikoff depuis octobre 1927. Guérison clinique après 30 injections en sept mois. Revue un an après. Marche indolore sans ankylose.

Observ. N° 5. Jean B..., jeune homme de 19 ans. Coxalgie droite fistulisée, datant de l'âge de 8 ans. Récidive depuis un an. Curetage, fistulisation persistante. Traitement Finikoff

depuis novembre 1927. Après 50 injections en 12 mois, assèchement des fistules, marche sur des béquilles en s'appuyant sans douleur sur le membre malade. Amélioration considérable de l'état général.

Observ. N° 6. Marthe A. Femme de 53 ans. Coxalgie droite fistulisée. Malade depuis 12 ans. A subi l'opération de ROBERTSON-LAVAL en décembre 1926. Fistulisation persistante. Traitement Finikoff un an après. En 32 injections, assèchement des fistules. Amélioration de l'état général et local. Marche sur des béquilles.

Trois coxalgies fistulisées, traitées par la même méthode par M. le Dr. JOUNIAUX ont donné deux guérisons cliniques et un échec. Un cas de coxalgie fermée a donné de même une guérison clinique.

Comme vous voyez, dans neuf cas sur dix, notre traitement a donné des résultats intéressants : fermeture de fistules persistantes depuis des années, récupération fonctionnelle, marche indolore et amélioration de l'état général. Dans trois cas les malades avaient subi préalablement et sans succès diverses opérations.

Comme dans les autres 115 cas de tuberculoses chirurgicales, chez l'adulte de notre statistique personnelle, nous avons réussi à obtenir ces résultats intéressants en appliquant notre traitement, c'est-à-dire en faisant à nos malades tous les 5 à 8 jours des injections intramusculaires d'huile d'arachide stérilisée, additionnée extemporanément de teinture d'iode au dixième et en leur faisant absorber de fortes doses de calcium par la voie buccale ou intraveineuse.

Voici pourquoi je me permets de vous proposer ce traitement dans les séquelles de coxalgies anciennes (avant ou après les opérations réparatrices) ainsi que pour toutes les coxalgies en général où il pourrait suffir et même éviter tout traitement opératoire si incertain dans les tuberculoses chirurgicales de l'adulte.

*
* *

Dr. ADAM GRUCA, Lwòw (Pologne).

Après les excellents et complets exposés de la question à l'ordre du jour par MM. les rapporteurs, il reste vraiment trop peu à ajouter. Si je prends néanmoins encore la parole c'est

seulement pour rendre compte de notre expérience, acquise à la Clinique Chirurgicale à Leopol et basée sur 64 cas, opérés au cours des huit dernières années.

Dans les luxations congénitales irréductibles de la hanche nous avons pratiqué trois fois la butée ostéoplastique au-dessus de la tête. Tous nos malades étaient âgés de seize à vingt-deux ans. Un volet ostéopériostique était détaché de l'os iliaque juste au-dessus de la tête et rabattu jusqu'au contact de la tête fémorale. Dans l'angle de ce volet osseux et de l'os iliaque était interposé un morceau de la XI[e] côte et fixé par un clou dans un cas, dans les autres simplement enfoncé.

Dans tous les cas un plafond solide s'est produit au bout de quelques mois et chez tous les malades les douleurs ont disparu, mais la boiterie avec le signe de Trendelenburg persiste. Je crois que cette intervention doit être combinée avec une ostéotomie de redressement au niveau de la ligne de Roser-Nelaton comme le propose M. Mathieu. La résection de la tête ou bien son modelage peut être nécessaire chez les sujets plus âgés avec des grosses altérations déformantes.

Chez treize malades au-dessus de vingt ans nous avons exécuté l'ostéotomie à butée pelvienne, dite bifurcation de Lorenz. Chez la plupart de ces malades nous avons obtenu des résultats très satisfaisants, bien que la mobilité de la hanche soit restée un peu réduite. Les hanches sont indolores et stables et le signe de Trendelenburg n'existe plus.

Chez les malades chez lesquels le fémur ne s'appuie pas apparemment au toit du cotyle, mais forme un angle à son niveau, la mobilité de la hanche est à peu près normale, la hanche est indolore, mais le signe de Trendelenburg est encore légèrement positif. Deux de ces malades âgés de cinquante ans à peu près travaillent et marchent sans canne et sans boiterie. Nous sommes d'avis que la bifurcation de Lorenz est une opération excellente dans les cas choisis. Mais elle nous semble peu indiquée chez les sujets à l'âge de la croissance. En augmentant le raccourcissement du fémur et en éliminant son épiphyse supérieure, elle crée des conditions favorables pour l'aggravation des déformations de thorax. Elle donne aussi des résultats peu esthétiques et un fonctionnement mauvais dans les luxations doubles.

L'opération de Lance pour insuffisance du cotyle dans les luxations réductibles, mais difficiles à maintenir, nous l'avons exécutée deux fois, toujours n'insérant que des greffons prélevés de l'os iliaque. La taille d'un volet iliaque d'appui en arrière de la tête peut être facilitée par l'usage de ciseaux

courbés des sculpteurs, que nous employons depuis longtemps.

Dans les luxations pathologiques, séquelles des arthrites aiguës de l'enfance, nous avons pratiqué deux fois la bifurcation de Lorenz, avec des résultats satisfaisants. Nous la croyons indiquée chez les sujets débiles avec une mobilité suffisante de la hanche luxée. Chez les autres l'opération reconstructrice selon la technique de M. Putti nous semble une intervention très logique et très moderne.

Je suis obligé de dire encore quelques mots de l'arthrodèse de la hanche. Nous l'avons exécutée quatre fois pour les séquelles de la coxalgie. Deux fois suivant la technique de M. Mathieu, mais nous avons pris exclusivement des greffes, prélevées sur l'os iliaque. Le résultat dans ces deux cas est très satisfaisant. Quant à la technique opératoire, nous sommes d'avis que, si l'on emploie l'incision large de Smith-Petersen ou bien celle récemment décrite par M. Mathieu, il n'est pas nécessaire de prendre des greffons ostéopériostiques du tibia, car il y a beaucoup de matériel ostéoplastique dans l'endroit le plus proche du champ opératoire sur les ailes iliaques. Cela diminue considérablement le temps d'opération et les risques du malade et suffit complètement. D'un autre côté, si l'on préfère l'usage de greffons prélevés sur le tibia, il nous semble qu'on peut rendre l'arthrodèse extraarticulaire de la hanche une opération légère et peu grave. Dans le dernier cas de pseudo-arthrose intracotyloïdienne, type Bouvier-Ménard, nous avons placé deux greffons, prélevés sur le tibia dans deux tunnels, creusés de telle façon, comme le fait M. Delbet pour fracture du col fémoral à la base du grand trochanter divergentes vers le sourcil supérieur du cotyle. Pour ce procédé une petite incision suffit le long du grand trochanter.

La dernière question que je vais aborder maintenant, question de moindre importance et pas encore résolue, c'est la question des interventions reconstructrices dans les luxations centrales invétérées, c'est-à-dire dans les fractures du cotyle avec enfoncement de la tête du fémur dans l'intérieur du petit bassin. J'avais l'occasion de traiter deux cas de cette déformation, dans lesquels toutes les tentatives de réduire la luxation d'une façon conservatrice ont échoué. Dans la littérature sur ce sujet, dont je dispose, je n'ai pu trouver que peu des interventions décrites.

Chez l'un de ces malades l'ischion ainsi que la partie inféro-postérieure du cotyle ont été fracturés et le sciatique paralysé. Après la réduction sanglante de la tête, le cartilage de celle-ci fort changé était enlevé et la tête recouverte avec un lam-

beau du fascia lata pour augmenter la dimension de la tête comme l'a décrit Catherina, placée dans le cotyle. Malgré l'extension continue et la fixation dans un plâtre, la tête s'est reluxée en arrière par le sourcil postéro-inférieur du cotyle fracturé.

Dans le second cas la fracture était plus étendue : La tête fémorale, peu changée, était avec la moitié inférieure du cotyle et avec les os de l'ischion et du pubis fracturés, enfoncée vers la ligne médiane du petit bassin. Je pratique dans ce cas après la réduction sanglante de la tête dans la moitié supérieure du cotyle, la reconstruction du fond du cotyle de l'intérieur du bassin ; un carré ostéopériostique était taillé sur la table interne de l'os iliaque au-dessus du fond du cotyle, détaché de l'os et tourné autour de sa base de telle façon qu'il a recouvert la perte du fond du cotyle fracturé et fixé par deux sutures métalliques. Le procédé était publié dans « La chirurgja Narzadów ruchu ». Le malade a succombé un jour et demi après. L'intervention était évidemment trop sérieuse pour un malade affaibli. Quoique ces deux interventions se soient terminées par un échec, néanmoins elles ont appris qu'il est possible dans les cas convenables, de faire la reconstruction opératoire de l'articulation coxofémorale et nécessaire si le traitement conservateur n'a pas conduit à diminuer l'invalidité du malade. Si l'état général du malade ne permet qu'une intervention peu choquante, une ostéotomie soustrochantérienne et, dans la persistance de douleur, une arthrodèse entre le grand trochanter et le bassin, me semble être la seule intervention indiquée et nécessaire.

En finissant je voudrais encore consacrer quelques mots aux tables orthopédiques. La plupart de nos interventions a été exécutée sans aucune table orthopédique, un simple pelvisupport étant le seul instrument spécial pour les opérations sur la hanche, c'est dire qu'on peut opérer sans des aménagements spéciaux. Mais les difficultés opératoires sont dans ces conditions, de temps en temps énormes et je suis sûr, qu'une part de nos échecs est due à ce défaut. C'est pour cela, que j'ai fait construire chez nous une table opératoire pour la chirurgie des extrémités (je ne connaissais dans ce temps la dernière et selon moi la plus ingénieuse construction pour les opérations sur la hanche de M. Ducroquet). La table est exposée à l'hôpital de M. le docteur Slawinski et je vous prie instamment de bien vouloir examiner sa construction, qui présente, j'espère, quelques détails nouveaux de construction.

*
* *

Prof. FRANCO ROSSI (Milano).

Il tema di relazione « *Chirurgia Riparatrice dell'articolazione dell'anca* » abbraccia pure le lesioni violente del collo del femore, onde giustamente, alcuni relatori hanno riferito anche su di esse.

Appartenente alla Scuola Chirurgica di Milano, che alla cura di tali fratture ha portato un contributo notevole, l'A. ritiene degno di riferire alla Società l'indirizzo ed i risultati raggiunti.

L'indirizzo terapeutico à sopratutto uniformato ad un principio assiomatico : la guarigione delle fratture del collo del femore si compie quasi sempre con un notevole ritardo nella formazione del callo ed il ritardo è tanto maggiore quanto più dalla regione trocanterica ci portiamo verso la testa.

Ne risulta quindi che diverse devono essere le direttive terapeutiche.

L'O. applica sempre la cura incruenta nelle fratture pertrocanteriche e cervicotrocanteriche, sicuro di arrivare ad una buona guarigione ossea in un periodo di tempo che è di poco superiore al normale (40—90 giorni).

E' d'avviso che anche nelle lesioni cervicali e sottocapitale la cura incruenta può portare ad una guarigione buona, purchè la fratura venga ridotta alla perfezione e venga mantenuta in posizione corretta per tutto il tempo necessario alla formazione del callo — periodo che può variare fra tre mesi ed un anno — e l'immobilizzazione sorvegliata ed accompagnata da precetti razionali diretti alla conservazione della funzione.

Nei rari casi nei quali dopo 2—3 mesi di cura si ha l'impressione clinica e radiografica che l'osteogenesi si sia arrestata e ci si avvia ad una pseudo-artrosi, oppure quando la pseudoartrosi si è formata per una cura irrazionale, l'A. crede conveniente ricorrere alla cura cruenta.

L'O. riferisce poi molto succintamente sui metodi in uso nella Clinica.

Per la cura incruenta viene usato il metodo a trazione immobilizzata nell'apparecchio deambulatorio del Prof. Baldo Rossi che permette un'efficace trazione permanente ed offre il vantaggio di rendere possibile precocemente la mobilizzazione del ginocchio e del piede e ció grazie alla speciale ferula metallica,

articolata, munita di un apposito dispositivo da trazione per i cerotti, preventivamente applicati all'arto, ferula che viene incorporata nell'apparecchio gessato.

Per la riduzione del frammento e la confezione dell'apparecchio gessato l'O. si serve del lettino del Prof. Baldo Rossi.

Nella cura chirurgica delle fratture dell'anca, l'O. è in via generale partigiano per l'osteosintesi, senza artrotomia, per infibulamento, con autotrapianto di osso vivente.

Allo scopo si serve dell'apparecchio di Delbet, dal Prof. Rossi modificato in alcune sue parti. Esso viene adatto al lettino da trazione testè descrito, offrendo cosi notevoli vantaggi : ridurre il più perfettamente possible lo spostamento dei frammenti ; possibilità di poter praticare l'immobilizzazione dell'arto, ad intervento chirurgico ultimato, in apparecchio gessato, a cintura pelvica, prima di mutare menomamente la posizione dell'ammalato e la trazione sull'arto.

Naturalmente la posizone della testa femorale e del collo dovranno essere ben stabilite prima dell'intervento, mediante controllo radiografico.

Illustra con proiezioni alcuni risultati.

CINQUIEME SÉANCE SCIENTIFIQUE

Jeudi 25 juillet 1929, à 10 heures

Suite de la discussion concernant les embolies post-opératoires

Sous la présidence du Prof. HARTMANN, de Paris

M. JURASZ est invité à prendre la présidence.

A propos de l'embolie post-opératoire.

Par le Docteur L. MAYER

Agrégé de l'Université de Bruxelles.

Le rôle du traumatisme local (thrombo-phlébites du petit bassin, après hystérectomies pour fibrome ou cancer), des infections opératoires légères (embolies après appendicectomies d'urgence ou après gastrectomies) et des infections autogènes (coïncidence de grippe) sont des facteurs indéniables dans l'étiologie de l'embolie post-opératoire, sur lesquels tous nous sommes, je pense, d'accord. Il ne me semble pas, par contre, que la fréquence de ce redoutable drame ait augmenté, du moins proportionnellement au nombre des interventions chirurgicales ; de même la thérapeutique intra-veineuse, d'usage chaque jour plus courant, ne me paraît pas non plus devoir être incriminée.

Au point de vue thérapeutique nous devons distinguer l'embolie post-opératoire grave frappant brusquement un territoire étendu de l'artère pulmonaire où la rapidité des accidents mortels est généralement telle que, sauf de rarissimes

et du reste admirables exceptions, l'opération de Trendelenburg ne pourra donner que des échecs : par contre dans les embolies et les infarctus pulmonaires consécutifs à des phlébites plus ou moins évidentes, la prophylaxie et la thérapeutique sont plus efficaces. J'ai observé depuis quelques mois trois cas de phlébite des membres inférieurs consécutive à des hystérectomies difficiles où l'application réitérée de sangsues à la cuisse ou au mollet m'a paru avoir sur l'évolution de l'affection une influence nettement favorable.

L'un de ces cas est particulièrement intéressant parce que la gravité des accidents m'avait incité à tenter la ligature des veines hypogastriques et qu'ayant résisté à cette tendance, j'ai eu le plaisir de voir la malade se guérir sans cette intervention évidemment dangereuse. Il s'agissait d'une femme de 52 ans C... Thérèse, entrée à la clinique le 27-3-29 ; pas d'antécédents héréditaires particuliers, mère de 5 enfants (accouchements faciles) dont deux décédés (1 enfant mort-né, 1 fils mort à 20 ans de crises nerveuses) ; elle même ne se souvient d'aucune maladie antérieure ; règlée normalement depuis l'âge de 12 ans jusqu'il y a trois mois ; à ce moment elle a constaté des caillots sanguins et des pertes sanguinolentes de 8 en 15 jours ; depuis le début de mars 1929, pertes sanglantes rouge vif, caillots sans odeur ni douleur, à peu près continuelles. Ne tousse ni ne crache ; appétit faible, digestion pénible, constipation habituelle. Pas de troubles subjectifs de l'appareil cardiorénal en dehors de « mouches » devant les yeux ; miction difficile avec sensation de compression. Submatité au sommet droit avec expiration prolongée. Auscultation du cœur normale, pouls à 108, égal, régulier, bien frappé.

Tension au Pachon 18-14. Numération globulaire : 3.200.000 globules rouges sans formes anormales, 8000 leucocytes ; temps de coagulation normal ; hémoglobine 65 %. Femme de taille petite, pâle, maigre ; abdomen flasque ayant l'aspect d'une grossesse de 8 mois ; au toucher, col remonté en haut et en avant derrière le pubis, tumeur dûre nettement constituée par l'utérus fibromateux remontant jusqu'au dessus de l'ombilic, indolore, mobile ; petit bassin occupé par un noyau fibreux du volume d'une orange dépendant de la face postérieure de l'utérus, forte métrorragie par le toucher. Température axillaire 37.5°. Après 24 heures de préparation (sérum gelatiné, digalène désinfection du champ opératoire et du vagin, lavement) opération le 28-3-29, en narcose pantopon-éther (appareil d'Ombrédanne). Laparotomie médiane

sus-ombilico-pubienne. Hystérectomie sub-totale assez facile. Péritonisation soignée (Phanoeuf) Appendice sain laissé. Suture pariétale catgut, crins de Florence et agrafes.

Examen : Myo-fibrome pesant 3 Kg. 200 avec un gros noyau isolé à la face postéro-inférieure.

Le lendemain matin la température qui n'avait pas dépassé 37°2 le soir de l'intervention monta brusquement à 39°1, avec accentuation des phénomènes pulmonaires constatés à l'entrée et pleurodynie gauche ; huile camphrée à forte dose, potion de Todd, enveloppements humides chauds du thorax. Chute de la température à 37° le 1er avril ; le même jour la malade se plaint d'une gène douloureuse à la jambe gauche (enveloppements humides chauds) où l'on sent un léger cordon dur sur le trajet de la saphène. Nouvelle hyperthermie à 39°2 le 2 avril pour revenir à la normale le 8, le pouls restant toujours en concordance avec la température. Evolution tout à fait normale de la laparotomie, agrafes enlevées le 6 avril, sans la moindre réaction péritonéale ni pariétale. Le 14 avril frisson violent avec 40°3, et depuis lors jusqu'au 5 juin (six semaines) fièvre hectique s'accompagnant de crises de transpiration extrèmement profuse.

Le 5 avril oedème du pied gauche qui s'étend rapidement à tout le membre inférieur gauche sans douleur (onguent Crédé, antiphlogistine, vaccin de Bruschettini, septicémine, collargol, urénile intraveineux, Delbet, etc...).

Le 12 avril le membre inférieur droit s'entreprend également et l'oedème dur s'étend jusqu'à trois doigts au dessus du pubis.

Des analyses réitérées d'urine ne décèlent jamais ni sucre ni albumine. Plusieurs hémocultures restent négatives. Le 30 avril la numération leucocytaire donne : globules blancs 5,600 dont 83,5 % de polynucléaires (neutro 82 %, baso 0,5 %, éosinophyles 1 %) et 16,5 % de mononucléaires (grands 9,5 %, moyens 6 %, petits 1 %).

Le 30 avril épanchement pleural permettant d'évacuer 500 Grs. de liquide citrin. Une nouvelle ponction faite le 20 mai donne les renseignements suivants : liquide pleural louche, verdâtre, sero-fibrineux. Rivalta positif ; éléments figurés : prédominence de polynucléaires, quelques lymphocytes et hématies. Malgré cette analyse qui pouvait faire craindre une évolution purulente, les symptômes pleuro-pulmonaires s'amendent peu à peu.

Le 2 mai application de sangsues à la cuisse gauche dont le gonflement diminue progressivement ; le 10 et le 17 mai

nouvelles applications de sangsues à la racine de la cuisse droite. L'oedème diminue progressivement. Le 22 juin la malade, apyrétique depuis 15 jours se lève pour la première fois. Elle quitte la clinique tout à fait guérie le 17 juillet. Elle est actuellement très bien portante.

Lors de la réunion annuelle de la « British Medical Association) à Bradford, en 1924, P. Lockhart-Mummery a excellement traité la question de l'embolie pulmonaire post-opératoire au point de vue clinique ; il a montré que sa fréquence est d'environ 1 pour mille interventions et a bien établi que dans la majeure partie des cas le point de départ de l'embolie ne se trouve pas dans le champ opératoire mais dans le territoire de la veine cave inférieure ou de la veine iliaque. Il rappelle à cette occasion que cet accident survient assez fréquemment après des opérations portant sur des territoires dont la circulation veineuse dépend de la veine porte et non pas de la grande circulation comme le montre le tableau suivant établi par la clinique Mayo.

Siège de l'opération.	Nombre de décès.
Estomac	3
Vésicule biliaire	9
Intestin grèle	1
Appendice	4
Colon et rectum	5
Thyroide	2
Bouche	1
Hernie	5
Rein	1
Prostate	4
Utérus et annexes	10

Les embolies étaient situées dans 36 cas dans le poumon, 8 fois dans le cerveau, 1 fois dans l'artère coronaire. Les cinq premières régions opératoires (22 cas sur 45) ne dépendaient pas du territoire de la veine cave.

De même Lockhart Mummery fait ressortir que la stase sanguine souvent incriminée comme facteur étiologique de l'embolie ne doit pas en être le facteur prépondérant puisque ce cataclysme ne s'observe jamais dans des cures de repos ni chez des paralytiques qui restent couchés des semaines ou même des mois.

La mise en liberté de thrombokinase au niveau de la plaie opératoire modifiant la coagulabilité du sang paraît dans des conditions encore mal définies permettre la formation d'un

thrombus iliaque ou cave d'où partirait l'embole plus ou moins fatal. Dans la discussion qui a suivi cet intéressant exposé tous les orateurs se sont accordés à recommander d'éviter les concentrations sanguines anormales (pas purger avant les opérations ; éviter les pertes de sang, les sudations et les vomissements ; ne pas assoiffer les opérés) ; ils ont aussi insisté sur la nécessité de maintenir la pression sanguine (diminuer le shock opératoire ; réduire la narcose et les opiacés ; ne pas maintenir une immobilité absolue des membres inférieurs ; veiller à la ventilation pulmonaire) et sur l'influence possible de la position défectueuse des malades sur la table d'opération.

L'influence de l'anesthésie a été étudiée particulièrement par Schoemaker qui note que l'éther intervient dans 2/3 des cas d'embolies ; comme Chiasserini et Forgue il a noté une décroissance des embolies après rachianesthésies ; par contre il ne lui a pas paru que les thromboses et les embolies soient particulièrement fréquentes pendant les épidémies de grippe ni que les mois d'hiver favorisent leur apparition. Il mentionne aussi ce fait à priori paradoxal que les phlébites et les embolies graves ne se rencontrent pas plus souvent chez des femmes atteintes de varices que chez celles qui n'ont aucune maladie préexistante du système veineux. J'ai cru devoir rappeler ces points qui présentent quelques divergences avec l'exposé si lumineux de nos éminents rapporteurs. Les travaux de MM. Chiasserini, Forgue, Ritter et Govaerts, dont les deux premiers ont traité surtout l'étiologie clinique et les deux derniers la pathogénie anatomo-pathologique, constituent des documents d'importance primordiale que la présente note ne saurait forcément compléter que sur des points de détails.

Sir GORDON WATSON, qui s'est plus spécialement occupé des embolies si dramatiques survenant dans la convalescence des fractures avait déjà montré qu'en tous cas des mesures de précaution analogues à celles proposées par nos rapporteurs ne sauraient nuire, et sont peut-être de nature à diminuer ce terrible risque dont certains auteurs estiment que la fréquence est sensiblement augmentée : O. Loewe croit que l'embolie post-opératoire se rencontre cinq fois plus qu'il y a 10 ans ; Fahr, à l'Institut d'anatomie pathologique de Hambourg n'en avait pas observé en 1921 et en avait trouvé dans 69 autopsies en 1926. Avec nos distingués rapporteurs. MM. Forgue, Chiasserini, Govaerts et Ritter je crois qu'il

s'agit là de coïncidences fatales et non d'une augmentation réelle.

Et tout en reconnaissant que dans quelques cas exceptionnels l'audacieuse opération préconisée en 1907 par Trendelenburg a pu donner à Kirschner, à Meyer, à Nyström et à Fernström des résurrections définitives, je pense que c'est surtout en poursuivant nos efforts prophylactiques que nous parviendrons à abaisser ce redoutable facteur de mortalité post-opératoire.

L'influence favorable de l'hirudine qui avait paru réelle à Scheidegger dont l'important mémoire ne saurait être négligé m'a également semblé efficace. Mais il est certain que la cause efficiante de l'embolie post-opératoire nous échappe encore ; car si des opinions très divergentes sur le rôle de l'endothélium vasculaire, comme nous l'ont montré les rapports de nos collègues Govaerts et Ritter, présentent un réel intérêt il n'en demeure pas moins que certains faits cliniques sont inexplicables : colligeant 143 embolies pulmonaires relevées après 20779 opérations pratiquées à la clinique de Quervain, Scheidegger constate environ 4 % d'accidents après de simples laparotomies exploratrices et seulement 7 pour mille après exérèse de tumeurs.

Il semble donc, dit cet auteur, que le fait d'enlever la tumeur supprime une cause d'embolie qui persiste dans les simples laparotomies exploratrices. C'est une conclusion qui me paraît bien peu vraisemblable.

En résumé il me paraît que l'embolie pulmonaire post-opératoire dépend surtout des troubles dans la circulation pulmonaire (fréquence plus grande après éthérisation et dans les interventions nécessitant la position déclive) ; que sa fréquence réelle ne s'est pas accrue et que l'application de sangsues, dès le premier signe est une mesure prophylactique conseillable.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1). P. LOCKHART-MUMMERY F. R. C. S. Discussion on post-operative pulmonary embolism (Proceedings of sections at the annual meeting of the British Medical Association, Bradford 1924).

2). Sir C. GORDON-WATSON K. B. E., C. M. G., F. R. C. S. Pulmonary embolism after operations. (The Practitioner, juin 1922, PP. 381,393).

3). O. Loewe. Die postoperativen Embolien (Mun. Med. Woch. 6 juil. 1828).
4). H. Stegemann. Dauerergebnis eines durch Trendelenburgsche Operation geheilten Falles vom Embolic der Art. Pulmonaris. (Ibd.).
5. P. Schœmaker. Etiologie des thromboses et des embolies post-opératoires et post partum fondée sur des observations cliniques (d'après La Presse Médicale, N° 49, 18 juin 1927).
6). Collin-Cornwall, C. W. Ponder et W. Howell-Evans (Liverpool). Extensive pulmonary embolism following fracture. (Brit. Med. Journal, Vol. II, 1928, P. 789).
7). W. Scheidegger. Les embolies pulmonaires observées après 20779 opérations (Schweiz. med. Woch. L. VIII, N° 4, 28 janvier 1928).

*
* *

Embolie post-opératoire

par le Docteur Condé-Jahn.

Para tomar parte en la discussion de esta importante cuestion, tratada por relatores de indiscutible valor en la materia, mi colega el Dr. Carlos R. Travieso y yo habiamos pedido a nuestro pais los documentos estadisticos necessarios, pero no han llegado a nuestras manos en tiempo oportuno.

Queremos sinembargo manifestar que las Embolias post-operatorias entre nosotros son raras por no decir excepcionales. La Cirugia Gynecologica ocupa el primer plano en la cirugia diaria de nuestros hospitales y en especial los fibromas los cuales llegan a operarse de un gran tamaño pues las enfermas se resisten largo tiempo al tratamiento quirurgico y sin poder precisar a que atribuirlo las flebitis postoperatorias no constituyen una complicacion de este periodo.

No hemos tampoco podido comprobar la influencia que sobre la aparicion de las embolias tienen ciertas enfermedades como lo ha expresado, para la gripe, con datos estadisticos en su apoyo el profesor Jean Louis Faure, pues entre nosotros alla no reviste el caracter epidemico con que anualmente se presenta en los paises europeos, sino que solo se observan casos esporadicos.

Durante los años de nuestro Internado en la hospitales de Caracas solo observamos un caso de embolia postoperatoria mortal y ello, hecho raro en una mujer europea, una Polaca operada por un enorme fibromioma uterino.

*
* *

A propos de l'embolie post-opératoire

par M. G. JEANNENEY,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Dans cette question presque insoluble nous ne devrions raisonner que sur des faits anatomo-cliniques ou expérimentaux : de leur analyse soigneuse naîtrait peut-être le progrès dans l'étude des causes et du mécanisme de l'*embolie post-opératoire*.

Il est juste de remarquer tout d'abord avec FORGUE combien ces faits sont exceptionnels eu égard au développement de la chirurgie et l'extension des limites de l'opérabilité. Sans doute bien des cas sont encore qualifiés d'embolie, que l'autopsie permettrait d'attribuer à toute autre cause connue ou inconnue (syncope, insuffisance surrénale-suraiguë, etc.).

J'ai pratiqué l'autopsie de *3 malades* mortes d'embolie. Voici quelles sont les données essentielles à retenir de ces observations.

Cas 1. — Femme de 40 ans, Fibrome *hémorragique* du volume d'un gros poing, pelvien, inclus, volumineux plexus veineux périutérins. La ligature du pédicule gauche, en particulier a été difficile, le clamp a dû être placé à deux reprises. Au dixième jour la malade meurt presque subitement en s'asseyant sur son lit. A l'autopsie on trouve les veines périutérines gauches *thrombosées*. Ouvertes, on découvre un caillot qui se poursuit jusque dans la veine hypogastrique au niveau de laquelle se trouve un caillot rouge, flottant. On trouve l'artère pulmonaire droite oblitérée dans le poumon au-dessous de la bifurcation de la bronche et un infarctus hémorragique des deux lobes inférieurs.

En résumé la thrombose, née au-dessous de la ligature dans une veine *forcipressurée* en plusieurs endroits, a envahi en suivant le cours du sang les grosses veines du pelvis intactes et sur lesquelles l'intervention n'avait pas porté.

Cas 2. — Femme de 40 ans. Colpopérinéorraphie. Opération facile et simple. On réalise aisément l'hémostase provisoire par compression et l'hémostase définitive en serrant en bloc les releveurs au moment de la myorraphie. Suites opératoires parfaites. Au 15e jour la malade meurt en quelques minutes en s'asseyant sur son lit pour déjeuner.

A l'autopsie on trouve une thrombose de la veine hypogastrique droite et de l'iliaque interne : en disséquant les branches de l'hypogastrique on trouve les veines du périnée thrombosées et au niveau des sutures profondes toute une zône fortement ecchymotique, véritable magma où il est impossible de discerner où siègent les sections opératoires des veinules thrombosées.

Le poumon droit est criblé d'infarctus.

En résumé la thrombose est née dans un plexus veineux ouvert et aveuglé par *ligature* en masse, veines et tissus ayant été pris dans des mêmes points d'affrontement.

Cas 3. — Femme de 40 ans, obèse. Hernie crurale étranglée. Cure radicale sans difficulté. Légère température les jours suivants. Pouls rapide. Cœur mou. Mort subite au 8e jour.

L'autopsie ne montre aucune lésion des veines iliaques ou fémorales. Aucune lésion des veines mésentériques. Foie normal. Gros caillot dans l'artère pulmonaire gauche.

Le cœur présente au niveau des valvules mitrales et tricuspide des lésions discrètes d'*endocardite*.

Déductions. — Toutes réserves faites sur une généralisation qui serait ici abusive, nous dirons, à l'occasion de ces cas :

1° Le siège de la thrombose primitive, point de départ du caillot extensif fatal doit être le plus souvent cherché *dans le territoire* opéré, en l'occurence au niveau des veines *iliaques internes* ou de leur territoire afférent.

2° Le siège au niveau de la *veine fémorale* est exceptionnel dans les thromboses qui détermineront des embolies post-opératoires et nous ne sommes pas éloignés d'admettre la formule lapidaire de Forgue : *phlébite visible, risque embolique probablement écarté.*

3° Le *mode de début des thromboses* tient le plus souvent à des *altérations endothéliales* dues soit aux *tractions exercées* sur des vaisseaux au cours d'un temps opératoire laborieux. soit à l'hésitation dans la pose des pinces à forcipressure en particulier lorsque la pince définitive et par conséquent la ligature porte au delà de points écrasés au cours de manœuvres hésitantes ; il y a alors au-dessous de la ligature un point qui réalise toutes les *causes* de *thrombose :* cul de sac veineux profond mais toujours à *sang stagnant,* parois endothéliales altérées par un écrasement temporaire. Dans les *ligatures en masse* dans lesquelles les veines sont laissées à demi-ouvertes dans les espaces celluleux où, au contact des sucs tissulai-

res se formera un caillot, ces conditions seront encore favorisées par la présence d'un caillot et la pénétration de sucs tissulaires (cytozyme) dans la veine où le sang stagne. (Govaerts.)

4° *Doivent être considérées comme causes accessoires locales :* la *stase* sanguine plus marquée dit-on sans l'expliquer nettement, au niveau du plexus veineux pelvien anormalement développé ; — l'*infection locale* venue soit de la zone opératoire préalablement infectée soit d'un microbisme latent pulmonaire (cavités annexes des fosses nasales) digestif (colibacillose, stase intestinale) ou urinaire.

Quant aux *causes générales* ce sont des modifications post-opératoires de la masse sanguine étudiées par le laboratoire sans nous apporter comme dit Forgue, de résultat pratique décisif.

5° Dans les cas où on ne trouve pas de phlébite dans la zone opératoire c'est l'*endocarde* qu'il faut examiner : ces *endocardites latentes* ou discrètes sont probablement le point de départ des embolies consécutives aux interventions sur le tube digestif. On ne pourrait, en effet, expliquer comment une embolie a pu prendre naissance dans le territoire porte sans être arrêtée par le filtre hépatique. Des conversations avec quelques-uns de nos collègues (Dr. Hustinx en particulier) nous confirment dans cette manière de voir.

CONCLUSIONS. — En somme, pour *élucider le mécanisme probablement complexe* de cette complication, trois ordres de recherches nous paraissent utiles :

1° Les autopsies systématiques des malades morts de suites opératoires.

2° L'étude anatomo-clinique des phlébites et thrombo-phlébites dites spontanées ou par effort et qui nous fourniront sans doute les raisons de la thrombose.

3° Des recherches biologiques sur la coagulation du sang dont les rapports de Govaerts et de Ritter représentent les modèles.

En pratique : Il faut rechercher par tous les moyens à prévenir cette complication, — si rare soit-elle, — Nous pensons avec Forgue que cette prophylaxie doit être envisagée avant, pendant et après l'opération.

Avant l'opération : éviter d'opérer les convalescents, les sujets subfébriles, en période de grippe (J. L. Faure) à pouls rapide, à cœur mou.

Depuis longtemps nous examinons systématiquement avec le Dr. Fabre, chef du Laboratoire de Physiologie à la Faculté de Médecine, ceux de nos opérés âgés et qui nous paraissent suspects. Une fiche est ainsi dressée établissant le bilan cardio-vasculo-sanguin du malade, en particulier sa tension artérielle, son azotémie, son Ph, son Reflexe oculo-cardiaque et son temps de coagulation.

De même, depuis des années nous conseillons à nos futurs opérés :

Une légère purgation saline 48 heures avant l'opération, et dans les jours qui précèdent l'opération un régime hypotoxique et hypoazoté ; dans bien des cas nous pratiquons la digitalisation pré-opératoire, (X gouttes de digitaline cristallisée (une fois par jour trois jours avant l'opération).

Chez les infectés, dans les opérations sur le Tube digestif nous pratiquons presque toujours trois ou quatre injections préopératoires de vaccins, assez éloignées, autant que possible du moment de l'opération, pour éviter les modifications sanguines liées aux réactions vaccinales.

Au cours de l'opération. — Nous croyons avec Donati que non seulement une asepsie rigoureuse doit être observée mais qu'il est capital d'opérer en traumatisant au minimum les tissus. Celà est vrai pour le choc, — vrai également pour l'infection. Une technique correcte, nette, sans hésitations, des pinces hémostatiques placées du premier coup, des tractions minimes ont une importance indiscutable.

Dans les suites. — Nous croyons le lever précoce une bonne chose. Chez les malades non drainés on peut lever au 5e jour, pour l'intervention sus-ombilicale ; au 7e jour pour les appendicites. La « promenade au lit » de Heule est une excellente manœuvre pour les opérés qu'on ne peut lever avant la troisième semaine (hystérectomie).

*
* *

Mr. Chiasserini expose les conclusions auxquelles la discussion paraît l'avoir conduit.

*
* *

Cause e meccanismo delle embolie post-operatorie

par le Docteur CHIASSERINI.

Risponderò molto brevemente ad alcune delle osservazioni fatte dai Colleghi durante la discussione del tema di relazione.

Non sappiamo quale importanza possa essere data alla constatazione di una maggior frequenza di trombo-embolie postoperatorie durante le epidemie di grippe. Tanto più che si tratta di constatazione fatta solo da alcuni chirurghi, e da altri no

Del resto l'accumularsi di casi di embolie avviene anche all'infuori di malattie epidemiche. Noi non ne conosciamo il perchè ; come non sappiamo per quale ragione in alcuni periodi i casi 1, per esempio 1, di appendicite acuta sembrano moltiplicarsi.

Crediamo d'altra parte che il problema etiopatogenetico vada considerato sotto punti di vista meno episodici.

Conveniamo col Prof. DONATI che la diagnosi di embolia polmonare possa essere fatta clinicamente ; ma torniamo ad affermare che la stessa sindrome può essere data da crisi acute di insufficienza cardiaca. Ciò è stato ripetutamente dimostrato dai reperti di autopsia e talora da reperti operatori, come quelli di *Seifert*.

Ci sembra perciò opportuno, quando si voglia arrivare a qualche conclusione, partire da premesse accertate.

Conveniamo anche col. Prof. DONATI sulla importanza di una tecnica operatoria corretta, come profilassi contro la trombo-embolia. Noi lo abbiamo ripetutamente affermato nel corso della nostra relazione.

Ma bisogna bene guardarsi dal porre in diretto rapporto la tecnica operatoria e le difficoltà di un intervento con la frequenza di incidenza di fatti trombo-embolici.

Il problema non è possibile di una soluzione così semplicista.

Ciò vale di risposta anche alle osservazioni del Dr. Janneney.

La propagazione per continuità del processo trombotico dai rami più piccoli nel territorio operatorio ai tronchi più grossi (come nei due casi da lui citati) è il procedimento normale

delle trombosi settiche ; ma può dirsi rappresentare l'eccezione nelle trombosi consecutive ad interventi asettici. La difficoltà non è quella di individuare il meccanismo etio-patogenetico delle trombosi progressive, per continuità, sebbene di risolvere il problema delle trombosi postoperatorie a distanza.

*
* *

M. HARTMANN déclare clôturé le 8e Congrès et souhaite un succès égal au Congrès de 1932. Aux acclamations de l'Assemblée, M. Krynski remercie M. Hartmann de sa brillante présidence et le félicite du tact et de la perfection avec lesquels il s'est acquité de ses délicates fonctions.

Voyage d'études

organisé à l'occasion du VIII^me^ Congrès

Le succès retentissant obtenu par le voyage collectif en Italie avant le VII^e^ Congrès avait engagé un grand nombre de nos collègues à participer aux voyages que le Bureau avait organisés avant et après le Congrès de Varsovie.

L'aller par mer, à bord d'un des plus beaux paquebots de la Compagnie Générale Transatlantique, devait du reste séduire beaucoup de nos collègues par l'attrait d'une croisière en Baltique où l'intérêt scientifique et touristique trouvait à se satisfaire une occasion vraiment exceptionnelle. Le 11 juillet s'embarquaient au Havre sur l'*Espagne*, paquebot de 14.000 tonnes, affecté habituellement à la ligne du Mexique, ceux de nos collègues venus de France, d'Amérique, d'Italie, d'Angleterre, de Suisse, d'Espagne, d'Egypte, de Grèce, de Tchécoslovaquie. Le lendemain, par un radieux soleil, l'*Espagne* faisait escale à Zeebrugge où montaient à bord les membres belges. Par une délicate attention, les officiers de l'*Espagne* accompagnés par l'Etat-Major du *Brazza*, affrêté par « *Bruxelles-Médical* » à une croisière dans le Nord et qui par un curieux hasard s'était rangé à quai à Zeebrugge quelques heures auparavant, déposèrent une gerbe au pied du monument élevé à la mémoire des héros du *Vindictive*. Le Bureau du Congrès s'était associé à cette pieuse manifestation. Le 13 juillet, à 5 heures du matin, nous entrions dans le port d'Ymuiden, coquet village néerlandais, d'où bon nombre d'entre nous partirent en train électrique pour Amsterdam dont ils visitèrent le Palais Royal, la taillerie de diamants, le Musée (tableaux de Rembrandt), les vieux quartiers si pittoresques. Pendant ce temps, une trentaine de chirurgiens s'étaient rendus à La Haye où ils eurent la bonne fortune de voir exécuter par notre collègue Schoemaker, avec une rare maîtrise, une résection d'estomac pour ulcère suivant

sa technique spéciale et une résection du côlon transverse pour cancer. L'après-midi, un train vicinal, des voiliers, des canots automobiles, des coches d'eau permirent aux excursionnistes de visiter une ferme potagère à Brieck, les pittoresques cités anciennes de Edam et de Vollendam, l'île si curieuse de Marken et d'être rentrés à bord à temps pour appareiller à 19 h. 30 pour le Danemark. Après deux journées d'une traversée idéale, nous entrions le 15 juillet en rade de Copenhague ayant franchi le canal de Kiel et longé les rives fleuries des îles de Fionie et de Seeland.

La matinée fut consacrée à la visite de la ville et des admirables hôpitaux de Kommune Hospitalet, de Bispebjearg, de Gentoft, de Frederiksberg, de Rigshospital. L'après-midi, de confortables autocars nous permirent de visiter Krönberg, Helsingör, le château de Frederiksborg en longeant le littoral si riant du Danemark. A notre retour, la municipalité de Copenhague nous avaient conviés à un raout dans les somptueux salons du superbe hôtel de ville. Le soir, nos collègues Danois offrirent aux chirurgiens étrangers et à leur famille un fastueux banquet dans les riches salons du restaurant Nimb; suivant la mode scandinave, dès les « smorbröd » (Hors-d'œuvre) servis, nos excellents confrères P. N. Hansen, Wessel et Collin manifestèrent en termes excellents et du plus pur français, leur plaisir de nous recevoir; le président du Congrès et le secrétaire général remercièrent le Comité danois de l'organisation parfaite de cette inoubliable journée qui se termina très tard dans les jardins illuminés du « Tivoli », cet incomparable « Luna Park » du Nord. Citons au hasard des souvenirs parmi les convives de cette soirée féérique M. et Mme Hartmann, M. et Mme J. Verhoogen, M. Bérard, M. et Mme P. N. Hansen, M. Matas, M. et Mme Schoemaker, M. et Mme Donati, M. et Mme Collin, M. Bégouin, M. et Mme Roberts, M. et Mme Wessel, M. et Mme Mayer, M. et Mme Gammeltoft, M. et Mlles Sansalvador, M. et Mme Corachan, M. et Mme Lilienthal, M. Gibbon, M. et Mme Keller, M. et Mlle Ashhurst, M. et Mme Reid, M. et Mme Mixter, M. Wood, M. et Mme Blad, M. Antipas, M. et Mme Billington, M. et Mme Hustincx, M. et Mme Vana, M. et Mme Bedarida, M. Robineau, M. J. P. Hartmann, M. Lagoutte, M. Norsk, M. et Mme Sorrel, M. Arnaud, M. Kondeleon, M. et

Mme Aagaard, M. et Mme Kuyjer, M. Rocher, M. Woolston, M. Guildal, M. Saiget, M. Bagozzi, M. et Mme Abdul Hamid, M. et Mme Jeanneney, M. et Mme Finch, M. et Mme Brin, M. Lozano, M. et Mme Boysen, M. Finger Just, M. et Mme Abadie, etc., etc.

La mer qui jusqu'alors avait été comme une nappe d'huile devint subitement un peu houleuse dans le courant de la journée du 16 juillet. Aucun des passagers n'en fut incommodé, mais le capitaine de l'*Espagne* jugea prudent, à cause des récifs, de modifier l'itinéraire, ce qui eut le fâcheux inconvénient de retarder l'heure d'arrivée à Riga et à Helsingfors; prévenus par marconigrammes, nos collègues lettons et finlandais s'ingénièrent à concentrer le plus agréablement possible les programmes admirables qu'ils avaient arrangés pour ces escales; nous leur réitérons ici, avec tous nos remerciements, nos regrets les plus vifs d'avoir dû abréger des séjours qui, malgré un temps trop court, nous ont tous enchantés.

*
* *

A Riga, nous avons, sous l'experte direction de nos distingués collègues, les professeurs Alkanis et Mintz, admiré tout d'abord la parfaite organisation du très moderne hôpital universitaire; très obligeamment nos collègues nous attendaient, le bistouri à la main, pour exécuter deux résections de l'estomac et une appendicectomie; puis quelques-uns d'entre nous se rendirent à la léproserie dont ils rapportèrent d'émouvantes impressions. Après une visite dans les étroites ruelles de Riga, la Bruges du Nord, un train spécial nous emmena à Riga-plage où le Ministre des Affaires Etrangères et Mme Balodis nous firent les honneurs de leur home avec une bonne grâce charmante et une magnificence princière.

Le lendemain nous étions les hôtes choyés de nos collègues finlandais qui, en un temps hélas trop court, nous firent admirer les larges esplanades d'Helsingfors, son hôpital pour tuberculeux, le Palais du Président, l'Université, le Mont de l'Observatoire, le Musée ethnographique de l'île de Folisô. Avant de nous rembarquer, nous eûmes le privilège d'être invités à prendre le thé chez le Ministre de France et Mme de Coppet dont

le somptueux hôtel nous permit de jeter un dernier coup d'œil sur l'ensemble de la ville et sur le port de Helsingfors.

*
* *

Le 19 juillet, à 11 heures du matin, par un soleil radieux, l'*Espagne* jetait l'ancre vis à vis du Palais Royal de Stockholm après avoir pendant plus de deux heures, navigué entre l'archipel aux milliers d'îles qui font, pour l'étranger, de l'arrivée à Stockholm par mer, une surprise et un enchantement. De la ville moyenâgeuse, il ne reste plus guère aujourd'hui que la cité, « la ville-entre-les-ponts », construite sur les îlots situés au confluent du lac Mâlaren et de la mer, dont les ruelles aux pavés ronds, aux portes bâtardes bordées de maisons hanséatiques aux petits carreaux verdis par le temps, contrastent violemment avec les quartiers ultra-modernes où nous eûmes l'occasion de visiter la clinique de la Croix-Rouge, d'un luxe inégalé, les hôpitaux les plus « up to date » et les établissements de physiothérapie les mieux outillés tel le célèbre Institut du Radium de Gosta Försell. Pendant que leurs maris assistaient aux séances opératoires dont le programme nous avait très aimablement été communiqué par radio, les femmes des Congressistes visitaient le superbe Hôtel de Ville, le Palais aux peintures admirables, l'église de Reddarholmen, le Concerthuset inauguré en 1926, (création élégante et d'acoustique parfaite du professeur Teugbom), le « stadion » contenant 20.000 places, la villa de S. A. R. le Prince Eugène, le musée en plein air si original de Skansen et la bibliothèque royale qui contient environ 800.000 volumes et 15.000 manuscrits. Laissant à chacun d'entre nous le choix de ses préférences professionnelles, nos confrères suédois avaient organisé le programme dont voici le résumé :

A 12 heures : opérations dans les hôpitaux suivants.

Sabbatsberg. — Dr Hybbinette : Chirurgie orthopédique.

Serafimerlasarettet. — Prof. Troell, Prof. Jacobæus, Dr Olivecrona : Chirurgie générale.

Maria. — Prof. Key : Chirurgie abdominale.

Sophiahemmet. — Dr Perman : Chirurgie générale.

*
* *

Les officiers du Brazza *et de l'*Espagne *devant le Memorial du* Vindictive, *à Zeebrugge, le* 12 *juillet* 1929.

Un coin pittoresque d'Amsterdam.

Un groupe de Congressistes dans le parc du Prince Radziwill.

Ruines de l'Eglise romane de Sainte-Catherine, à Visby.

Le fameux Krönborg, près Copenhague

Maison des Têtes Noires de la place de l'Hôtel de Ville, à Riga.

A 14 heures, visite de l'hôpital de St-Göran et de l'hôpital de la Croix Rouge, récemment achevé.

***

A 17 heures la Ville de Stockholm offrit le thé à l'Hôtel de Ville aux membres de la Société ainsi qu'à leurs familles dans ses salons si originalement luxueux.

***

Le soir, dans un cadre de rêve, les membres du Bureau de la Société et les délégués des différents pays furent conviés par le Comité Suédois à un Banquet fastueux au restaurant Kasselbacken, terminant ainsi exquisemment, dans un véritable décor de théâtre, une des plus belles journées de cet admirable voyage.

Le 20 juillet, les amateurs d'art antique eurent le régal de l'escale de Visby dont l'église romane de Sainte-Catherine est une des ruines les plus célèbres et qui, par le temps idéalement beau dont fut favorisée cette croisière, fut l'incontestable couronnement touristique du voyage.

Le lendemain, non sans la mélancolie inséparable des fins de trop belles journées, nous arrivions à quai, à Gdynia, l'admirable port que nos amis polonais ont construit à la place où, il y a quelques années à peine, n'existait qu'un pauvre village de pêcheurs.

Par une touchante attention, le drapeau belge flottait à tous les bâtiments en rade et une vibrante *Brabançonne* suivie d'une *Marseillaise* martiale nous accueillit au débarcadère célébrant à la fois les fêtes nationales belges et la patrie de l'illustre chirurgien qui présida avec tant d'éclat le VIII[e] Congrès.

***

En abordant sur le sol de la république polonaise les congressistes furent accueillis de la façon la plus aimable par notre délégué, M. le professeur Krynski entouré des autorités civiles et militaires de Gdynia; grâce à eux, même les formalités douanières parfois si sévères, nous furent évitées et un train spécial confortable malgré la chaleur torride nous amenait le jour même

à Varsovie. Dès l'entrée dans la gare centrale de Jerozolimska, nous eûmes l'impression de l'organisation parfaite qui allait présider à toutes les journées du Congrès; en quelques instants des commissaires pleins d'attention dirigèrent chacun vers l'hôtel où ses chambres étaient retenues.

On aura trouvé précédemment les détails des séances scientifiques; mais je ne puis manquer de rappeler ici que, durant les quatre journées passées dans la capitale polonaise, des séances opératoires du plus vif intérêt y avaient été réservées par nos confrères polonais dans les cliniques chirurgicales de l'Université et dans les hôpitaux suivants :

Hôpital de l'Enfant Jésus; Hôpital de Charles et Marie; Hôpital d'Ujazdow; Hôpital du 1er corps d'armée; Hôpital de la Transfiguration; Hôpital Israélite; Hôpital Evangélique.

D'autre part, des fêtes et des excursions dont je ne puis içi donner qu'un court résumé, nous permirent de nous rendre compte de la proverbiale amabilité polonaise et du faste des palais gouvernementaux.

Je ne saurais taire notamment la réception dans l'Ancien Château Royal dont nous avons pu admirer les splendides décorations murales et les parquets d'une rare beauté; la réception offerte par le Président du Congrès et Mme Hartmann. Mme Hartmann, avec sa grâce habituelle et le professeur Hartmann firent les honneurs de ces somptueux salons si cordialement que l'on se serait cru dans leur propre demeure et nous invitèrent à admirer des danses nationales en costumes brillants et pittoresques; le raout au Palais du Conseil offert par le Ministre de l'Intérieur, soirée inoubliable où il nous fut permis de jouir des très beaux jardins du Palais qui descendent jusqu'à la Vistule et qui étaient, en notre honneur, illuminés avec le goût le plus sûr alors que la fontaine laissait jaillir des eaux lumineuses du plus merveilleux effet; la représentation au Théâtre Polonais « Le miracle présumé » où le jeu si expressif des acteurs — des chanteurs devrais-je dire — et leur entrain nous fit oublier que nous ne comprenions pas le Polonais et suivre avec le plus grand intérêt l'intrigue; le raout à l'Hôtel de Ville qui permit aux jeunes gens de faire quelques tours de danse cependant qu'autour des tables copieusement servies et réparties dans toutes les

salles de réception des groupes sympathiques échangeaient de gais propos; enfin le banquet de clôture offert par les membres polonais de notre Société et où, dès les « Zakouskis » et les premiers verres de vodka, se mit à régner la plus franche et cordiale gaîté. Malheureusement le départ, le soir même, pour Zakopane interrompit trop tôt cette soirée qui laissera dans l'esprit de tous ceux qui y prirent part le souvenir de l'union la plus émouvante.

Quelques mots encore pour rappeler la fastueuse réception chez le prince Radziwill et celle du comte Potocki dans son domaine de Lançut, digne d'un conte des Mille et une Nuits.

Un Comité de Dames qui réunissait toutes les femmes de nos distingués confrères varsoviens s'était ingénié à rendre agréable le séjour à Varsovie des personnes qui accompagnaient les Congressistes. La réussite dépassa toutes les espérances. Des thés, des promenades, des visites de la ville firent que le temps passa comme un beau rêve, encore ce rêve fut-il embaumé de toutes les fleurs prodigalement distribuées au cours de ces quelques jours.

Après le Congrès, des groupes de membres firent les excursions qui avaient été organisées avec un soin digne de tous éloges par M. Rogalski et dont voici les différents programmes.

1° Du 26 au 31 juillet :

Poznan (Exposition, visite de la ville : Hôtel de Ville, Ancien Palais Royal, Cathédrale, Musée de la Grande Pologne, Eglise Paroissiale).

Le professeur Jurasz se mit très aimablement à la disposition de nos collègues et leur fit les honneurs de l'Université de Poznan en opérant devant eux ainsi que le professeur Wierzejewski.

Cracovie (visite de la ville : Musée National, Musée Czapski, Musée Czartoryski, Château de Wawel). Séance opératoire à l'Université de Cracovie par le professeur Rutkowski.

Wieliczka et ses mines de sel universellement connues.

Zakopane (Musée Patzanskie), Morskie Oki, lac bordé de montagnes aux neiges éternelles.

Lwow (visite de la ville : Cathédrale arménienne, Panorama de Raclawice, Galerie Nationale).

Séances opératoires à l'Université de Lwow par les professeurs Schramm et Ostrowski.

2° Du 26 au 28 juillet : Excursion consacrée à Poznan.

3° Du 26 au 28 juillet : Katovice (visite de la Fonderie « Bismarckhütte ») ; Chorzow ; Cracovie (mines de sel de Wieliezka, Château Royal de Wawel ; Zakopane (Morski Oki).

4° Zakopane, Szczawnica et Krynica (Etablissement Climatérique).

***

Qu'il me soit permis « in fine » de revenir sur la Croisière de l'*Espagne* en Baltique. Ces quelques jours ont réuni dans une intimité charmante les 110 congressistes qui y prirent part. Ils garderont, j'en suis convaincu, l'impression délicate de sites enchanteurs et le désir de se retrouver désormais chaque fois que les hasards de la vie le leur permettront. Et je n'ai pas parlé des échanges de vues que les membres purent avoir pendant les longues heures de « farniente », ni des réunions officieuses auxquelles prirent part les délégués des différents pays et qui eurent, sur les décisions prises durant le Congrès, une influence considérable.

***

Ces journées dont je conserverai un souvenir durable et ravi me font espérer que le voyage collectif que je m'efforcerai d'organiser à l'occasion du Congrès de 1932 connaîtra un égal succès. En adressant à mes collègues tous mes remerciements pour les prévenances dont ils ont comblé le secrétaire général, je leur garantis dès à présent que le Bureau ne négligera aucun effort pour rendre le Congrès de Madrid aussi brillant que celui de Varsovie.

L. M.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES DU DEUXIÈME VOLUME

Statuts de la Société Internationale de Chirurgie 5
Satzungen der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie 8
International Society of Surgery Statutes 11
Estatutos de la Societad Internacional de Cirurgia 14
Statuto della Società Internazionale de Chirurgia 17
Statut Miedzynarodowego Towarzystwa Chirurgieznego 20
Bureau du huitième Congrès 23
Bureau du neuvième Congrès 23
Présidents des Congrès 24
Présidents d'honneur du huitième Congrès 24
Comité International 1929-1932 25
Délégués et membres des Comités nationaux pour 1929-1932 27
Liste des membres 31
Liste des membres décédés de 1926-1929 81
Notices nécrologiques concernant les membres de la Société décédés de 1926 à 1929 83
Programme du VIII[e] Congrès 133
Séance Inaugurale 137
Première séance scientifique : Causes et mécanisme de l'embolie post-opératoire 151
Deuxième séance scientifique : Résultats de la résection de l'estomac pour ulcère gastrique et duodénal 167
Assemblée générale 294
Troisième séance scientifique : Traitement de la maladie de Basedow 308
Quatrième séance scientifique : Chirurgie réparatrice de la hanche 330
Cinquième séance scientifique : Suite de la discussion concernant les embolies post-opératoires 366
Voyage d'études organisé à l'occasion du VIII[e] Congrès ... 379

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

Allocution de M. le Ministre de l'Intérieur, ff. de Président du Conseil Général, Feliks SLAWOJSKADKOWSKI 138
Allocution de M. le Vice-Président du Conseil Municipal, Prof. Ryszard BLEDOWSKI 138
Allocution de M. le Dr L. MAYER 142
Assemblée générale 294

Basedow (Etudes expérimentale sur le rôle de l'iode dans la maladie de —). (J. BEDRNA) 325
Basedow (Maladie de —). (DE QUERVAIN) 318
Basedow (Disease). (JURASZ) 309
Basedow's (Results of the surgical treatment of — Disease). (V. MOSCHOWITZ) 320
Bureau du huitième Congrès 23
Bureau du neuvième Congrès 23
Bureau (Election du —) 304

Chirurgia (La mia esperienza di — riparatrice dell'anca. (F. DELITALA) 346
Chirurgia riparatrice dell'articolazione dell'anca (Fr. ROSSI) 364
Chirurgie réparatrice de la Hanche (WIERZEJEWSKI) 349
Chirurgie réparatrice de la hanche. (E. SORREL et A. DELAHAYE) 331
Chirurgie réparatrice de la Hanche (MAFFEI)..... 343
Chirurgie réparatrice de la Hanche (GRUCA) 360
Comité International 1929-1932 25

Délégués et membres des Comités nationaux pour 1929-1932 27
Discours de M. le Professeur J. VERHOOGEN 139
Discours de M. le Professeur Henri HARTMANN 146

Election du Bureau du IXe Congrès 304
Embolia. (Sulla — post-operativa. (CHIAROLANZA) 164
Embolias post-operativas. (CORACHAN) 155
Embolie. (A propos de l'— post-opératoire). (L. MAYER) ... 366

Embolie. A propos de l'— post-opératoire). (G. JEANNENEY) 373
Embolie. (Cause e meccanismo delle — post-operatorie). (CHIASSERINI) 377
Embolie post-opératoire. (J. L. FAURE) 156
Embolie post-opératoire. (GIARDIANO) 157
Embolie post-opératoire. (CONDÉ-JAHN) 372
Embolies. (Les — et thromboses post-opératoires). (M. DONATI) 161
Embolism (Post-operative venous —). (E. BEER) 154
Embolism. (Post-operative —). (H. Lilienthal) 158
Estatutos de la Societad Internacional de Cirurgia 14

Gastrectomia. (El drenaje Mikulicz en la —. Estudio clinico y bacteriologio). (M. CORACHAN y M. ARMANGUE) 204
Gastrectomie (La). (RICHARD) 274
Gastrectomie. (Résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac et du duodénum surtout de la —). (DE DZIEMBOWSKI) 182
Gastrectomy in the treatment of peptic ulcer. (E. G. RAMSDELL) 168
Gastrica. (Gli esiti della resezione — per ulcera duodenale e gastrica. (B. ROSSI) 281
Gastro-jejunostomy. (A comparative estimate of the value of — and of Gastrectomy in the treatment of gastric and duodenal ulcers). (A. YOUNG) 247
Gastro-pylorectomies. (Résultats des — pour les ulcères peptiques. (J. PODLAHA) 244

Hanche. (Butées ostéoplastiques dans les luxations congénitales de la —). (L. ROCHER et MAILHE) 334
Hanche. (Contribution au débat sur la chirurgie réparatrice de la —). (A. FINIKOFF) 358
Hanche. (Indications de la fixation de la — dans la coxalgie). (J. CALVE) 350
Hanche. (Mon expérience au sujet de la reposition sanglante des luxations congénitales de la —). (J. ZAHRADNICEK) ... 353

International Society of Surgery Statutes 11

Membres décédés. (Liste des — de 1926-1929) 81
Membres. (Liste des —) 31
Modifications aux Statuts 303

Nécrologiques. (Notices — concernant les membres de la société décédés de 1926-1929) 83

Présidents d'honneur du huitième Congrès 24
Président. (Election du — du IX[e] Congrès) 304
Programme du VIII[e] Congrès 133

Question. (Choix des — à mettre à l'ordre du jour du Congrès de 1932 306

Rapport de M. le docteur MAYER 294
Rapport de M. le docteur LORTHIOIR 300

Satzungen der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie (Société Internationale de Chirurgie) 8
Séance Inaugurale 137
Séance (Première — scientifique). Causes et mécanisme de l'embolie postopératoire 151
Séance (Deuxième — scientifique). Résultats de la résection de l'estomac pour ulcère gastrique et duodénal) 167
Séance (Troisième — scientifique). Traitement de la maladie de Basedow 308
Séance (Quatrième — scientifique). Chirurgie réparatrice de la hanche 330
Séance (Cinquième — scientifique). Suite de la discussion concernant les embolies postopératoires 366
Siège du Congrès de 1932 304
Statuts de la Société Internationale de Chirurgie 5
Statuto della Società Internazionale de Chirurgia 17
Statut Miedzynarodowego Towarzystwa Chirurgieznego 20

Ulcera. (Contributo alla cura chirurgica dell' — gastrica e duodenale (F. ROSSI) 271
Ulcera (Gli esiti della resezione per — duodenale e gastrica). (B. ROSSI) 281
Ulcera. (Resultati della resezione dello stomaco per — gastuca e duodénale). (CHIAROLANZA) 192
Ulcera. (Sulla cura della — peptica postoperatoria). (G. PIERI) 272
Ulcères (Gastrique et duodénal). (ANTIPAS) 242

Ulcere. (Resultati della cura chirurgica delle — gastriche e duodenali). (C. GAMBERINI) 260
Ulcère. (De la résection de l'estomac pour — gastrique et duodénal. (L. MAYER) 275
Ulcère. (Sur les résultats des résections pour — gastrique et duodénal). (R. ALESSANDRI) 179
Ulcères (Gastrique et duodénal). GIORDANO) 185
Ulcères (Gastrique et duodénal). (C. TRAVIESO) 277
Ulcères (Gastrique et duodénal). (J. PETRESCU) 279
Ulcères (Gastrique et duodénal). (SZPER) 291
Ulcères (Gastrique et duodénal). (SCHOEMAKER) 293
Ulcères. (Sur les déplacements de l'équilibre acidobasique du sang des malades avec les — gastriques et duodénaux (VANA) 186
Ulcères. (Les résections gastro-duodénales et particulièrement les résections en deux temps dans les — gastro duodénaux). (J. OKINCZYC) 187
Ulcères. (Résultats de 250 résections d'estomac pour — gastriques et duodénaux). (J. JACOBOVICI) 194
Ulcères. (Résultats de la résection gastrique pour —, d'après une série intégrale de 146 cas). (V. DELAGEMÈRE) 253
Ulcères. (Résultats éloignés du traitement chirurgical des — gastrique et duodénal). (I.-G. TANASESCU) 278
Ulcus. (Sur le traitement opératoire de l'— gastrique et duodénal). (M. DONATI) 240
Ulcus. (Résultats éloignés du traitement chirurgical de l'— d'après vingt-neuf ans de pratique personnelle). (V. PAUCHET) 285

Voyage d'études organisé à l'occasion du VIII[e] Congrès ... 379

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS

ALESSANDRI (Rome) : Sur les résultats des résections pour ulcère gastrique et duodénal 179
ANTIPAS (Athènes) : Ulcère gastrique et duodénal 242

BEDRNA (Brno) : Etudes expérimentales sur le rôle de l'iode dans la maladie de Basedow 325
BEER (New-York) : Postoperative venous Embolism 154
BLEDOWSKI (Varsovie) : Allocution à la séance inaugurale ... 138

CALVE (Berck-Plage) : Indications de la fixation de la hanche dans la coxalgie 350
CHIASSERINI (Venise) : Cause e meccanismo delle embolie postopératoire 377
CHIAROLANZA (Naples) : Sulla embolia postoperativa 164
CHIAROLANZA (Naples) : Risultati della resezione dello stomaco per ulcera gastrica e duodenale 192
CONDÉ-JAHN (Vénézuéla) : Embolie postopératoire 372
CORACHAN (Barcelone) : Embolias postoperativas 155
CORACHAN y ARMANGUE (Barcelone) : El drenage Mikulicz en la gastrectomia. Estudio clinico y bacterologio 204

DELAGENIÈRE (Le Mans) : Résultats de la résection gastrique pour ulcères, d'après une série intégrale de 146 cas 253
DELITALA (Venise) : La mia esperienza di chirurgia reparatrice dell'anca 346
DE QUERVAIN (Berne) : Maladie de Basedow 318
DE DZIEMBOWSKI (Bydgoszez) : Résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac et du duodénum, sur la gastrectomie 182
DONATI (Turin) : Les embolies et tromboses postopératoires 161
DONATI (Turin) : Sur le traitement opératoire de l'ulcus gastrique et duodénal 240

FAURE (Paris) : Embolie postopératoire 156
FINIKOFF (Paris) : Contribution au débat sur la chirurgie réparatrice de la hanche 358

GAMBERINI (Bologne) : Risultati della cura chirurgica delle ulcere gastriche e duodenali 260
GIORDANO (Venise) : Embolie postopératoire 157
GIORDANO (Venise) : Ulcères peptique et duodénal 185
GOVAERTS (Bruxelles) : Causes et mécanisme de l'embolie postopératoire 151
GRUCA, A. (Lwow) : Chirurgie réparatrice de la hanche..... 360

HARTMANN (Paris) : Discours à la séance inaugurale 146

JACOBOVICI (Cluj) : Resultats de 250 résections d'estomac pour ulcères gastriques et duodénaux 194
JEANNENEY (Bordeaux) : A propos de l'embolie postopératoire 373

LILIENTHAL (New-York) : Postoperative embolism 158
LORTHIOIR (Bruxelles) : Rapport à l'assemblée générale 300

MAFFEI (Bruxelles). Chirurgie réparatrice de la Hanche 343
MAYER (Bruxelles) : Allocution à la séance inaugurale 142
MAYER (Bruxelles) : A propos de l'embolie postopératoire ... 366
MAYER (Bruxelles) : De la résection de l'estomac pour ulcère gastrique et duodénal 275
MAYER (Bruxelles) : Rapport à l'assemblée générale 294
MOSCHOWITZ (New-York) : Results of the surgical treatment of Basedows disease 320

OKINCZYC (Paris) : Les résections gastro-duodénales et particulièrement les résections en deux temps dans les ulcères gastro-duodénaux 187

PAUCHET (Paris) : Resultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcus d'après vingt-neuf ans de pratique personnelle 285
PETRESCU (Sighisoara). Ulcères peptique et duodénal 244
PIERI (Belluno) : Sulla cura della ulcera peptica postoperatoria 272
PODLAHA (Brno) : Résultats des gastro-pylorectomies pour ulcères peptiques 244

Ramsdell (New-York) : Gastrectomy in the treatment of peptic ulcer 168

RICHARD (Paris) : La gastrectomie 274
ROCHER et MAILHE (Bordeaux) : Butées ostéo-plastiques dans les luxations de la hanche 334
ROSSI, B. (Milan) : Gli esiti della resezione gastrica per ulcera duodenale e gastrica 281
ROSSI, F. (Aquila) : Contributo alla cura chirurgica dell'ulcera gastrica e duodenale 271
ROSSI, Fr. (Milan) : Chirurgia riparatrice dell' articolazione dell'anca 364

SCHOEMAKER (La Haye) : Ulcères peptique et duodénal 293
SLAWO-SKLADKOWSKI (Varsovie) : Allocution à la séance inaugurale 138
SORREL et DELAHAYE (Paris) : Chirurgie réparatrice de la hanche 331
SZPER (Varsovie) : Ulcères peptique et duodénal 291

TANASESCU (Iassy) : Résultats éloignés du traitement chirurgical des ulcères gastrique et duodénal 278
TRAVIESO (Caracas) : Ulcères peptique et duodénal 279

VANA (Trébic) : Sur les déplacements de l'équilibre acido-basique du sang des malades avec les ulcères gastriques et duodénaux 186
VERHOOGEN (Bruxelles) : Discours à la séance inaugurale ... 139

WIERZEJEWSKI (Poznan) : Chirurgie réparatrice de la Hanche 369

YOUNG (Glasgow) : A comparative estimate of the value of gastro-jejunostomy and of gastrectomy in the treatment of gastric and duodenal ulcers 247

ZAHRADNICEK (Prague) : Mon expérience au sujet de la reposition des luxations congénitales de la hanche 353

3 2044 075 016 113

3 2044 075 016 113